

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**CARACTERIZAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL
DE IDOSOS COM IDADES ENTRE OS 65 E OS
75 ANOS INSCRITOS NUMA UNIDADE SAÚDE
FAMILIAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Pedro Nuno Silva Coutinho Marques Neves

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**CARACTERIZAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS
COM IDADES ENTRE OS 65 E OS 75 ANOS INSCRITOS
NUMA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor Carlos Sequeira

Pedro Nuno Silva Coutinho Marques Neves

PORTO | 2012

DEDICATÓRIA

À Margarida.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, pela disponibilidade, pela crítica construtiva, pela pertinência das observações, pelo saber e rigor científicos, mas principalmente por gostar de Saúde Mental;

Aos meus companheiros de percurso, Rita, Lia e Francisco pelo apoio e partilha.

Aos utentes que gentilmente acederam a participar neste projecto tornando-o possível.

À Inês, Barbara e Anas, pela ajuda neste projecto e pela paciência nos momentos mais difíceis e pelos dias bem passados. Sem a vossa ajuda isto teria sido muito mais difícil.

Aos meus colegas de serviço por me permitirem enveredar por estes caminhos de busca de novos conhecimentos.

À USF Horizonte e à ULS Matosinhos por terem autorizado este estudo.

Aqueles amigos que sabem que estarão sempre no meu coração, apesar das mútuas ausências.

Aos meus pais a quem devo muito e nunca conseguirei retribuir na mesma medida.

À minha mulher, pelo carinho, pelo apoio e por aguentar o barco lá em casa nas minhas ausências.

À minha filha, porque já não sei viver sem o seu sorriso.

A todos o meu sincero agradecimento!

“Falta de ocupação não é repouso;
uma mente absolutamente vazia vive angustiada.”

(William Cowper)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

ADAS – Escala Avaliação Doença Alzheimer

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

APMCG – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

CDR – Clinical Dementia Rating

CDT – Clock Drawing Test

DA – Demência Alzheimer

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DP – Desvio padrão

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAD – Escala Avaliação da Demência

EEG – Eletroencefalograma

FSC – Fluxo sanguíneo cerebral

GDS – Global Deterioration Scale

GEECD – Grupe Estudos Envelhecimento Cerebral e Demências

IB – Índice Barthel

ICD-10 – International Classification Diseases

IL – Índice Lawton

INE – Instituto Nacional Estatística

LCR – Líquido cefalorraquidiano

LTM – Lobo temporal medial

MMSE – Mini Mental State Examination

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

MS – Ministério da Saúde

n - amostra

NICE – National Institute Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PET – Tomografia Emissão Positrões

RM – Ressonância Magnética

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SNC – Sistema Nervoso Central

SPECT – Tomografia Computorizada de Emissão de Fotões

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TMCgl – Taxa metabolismo cerebral de glicose

TR – Teste do Relógio

ÍNDICE

[illegible]

ANEXO I	123
ANEXO II	129
ANEXO III	139
ANEXO IV	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação entre Demência, Delirium e Depressão (adaptado de Moraes, E. et al, 2010b)	35
Tabela 2 - Abordagem farmacológica – recomendações NICE 2006.....	48
Tabela 3 – Tabela resumo dos artigos seleccionados para o Estado Arte.....	58
Tabela 4 - Idades dos participantes no estudo	76
Tabela 5 - Número de anos de frequência do ensino.....	77
Tabela 6 - Categorias Escolares por ciclos	77
Tabela 7 - Escolaridade dos pais dos participantes	78
Tabela 8 – Hábitos Lúdicos/Recreativos	78
Tabela 9 – Teste do Relógio	79
Tabela 10 - Item orientação do MMSE	80
Tabela 11 - Item retenção do MMSE	81
Tabela 12 - Item atenção e cálculo do MMSE	81
Tabela 13 - Item evocação do MMSE	82
Tabela 14 - Item Linguagem do MMSE.....	82
Tabela 15 - Item habilidade construtiva do MMSE	83
Tabela 16 - Desempenho global no MMSE.....	83
Tabela 17 - Pontuação na Escala Avaliação da Demência	84
Tabela 18 – Correlação de Spearman entre TR e MMSE	85
Tabela 19 - MMSE e Teste do Relógio	86
Tabela 20 - MMSE e Escolaridade.....	87
Tabela 21 – Correlação de Spearman entre MMSE e Escolaridade	87
Tabela 22 – MMSE e Categoria Idade.....	87
Tabela 23 – MMSE e Idade	88
Tabela 24 – Correlação Spearman (MMSE e EAD)	89
Tabela 25 – MMSE e EAD.....	89
Tabela 26 - Pontuação obtida no Índice Lawton	90
Tabela 27 - Pontuação obtida no Índice Barthel	91
Tabela 28 - Índice Lawton, Barthel e Cognição.....	91
Tabela 29 - Índice de Lawton, Barthel e Idade	92
Tabela 30 - Hábitos Nocivos	93
Tabela 31 - Percepção sobre saúde	93
Tabela 32 - Percepção sobre Qualidade de Vida	94
Tabela 33 – Percepção sobre capacidade para fazer face ao dia-a-dia.....	94
Tabela 34 – Utentes com/sem acompanhante	95

LISTA DE QUADROS / GRÁFICOS

Quadro 1 – Presumível evolução clínica da demência segundo a sua etiologia (adaptado de Petersen et al. 2009, p.14)39

Quadro 2 - Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência (adaptado de PETERSEN, 2004: p.184)39

Quadro 3 – Critérios de diagnóstico para Demência de Alzheimer segundo o DSM-IV-TR...45

Gráfico 1 – Antecedentes pessoais79

RESUMO

Introdução: As sociedades actuais, nomeadamente as ocidentais, estão envelhecidas. Em Portugal, as unidades de saúde familiar reflectem esta realidade tendo nas suas listas de utentes um grande número de idosos.

Através da investigação tem sido possível conhecer melhor o envelhecimento, na sua vertente normal mas também patológica, mais propriamente as demências e uma fase pré-demência denominada Défice Cognitivo Ligeiro (DCL). Os trabalhos de investigação consideram o DCL como um factor de risco significativo para desenvolvimento de demência e uma entidade cada vez mais comum entre a população idosa.

O DCL, normalmente passa despercebido aos doentes, aos seus familiares e, mesmo, aos profissionais de saúde pois tem ainda uma percepção de impacto reduzido no quotidiano das pessoas.

Posto isto, torna-se premente conhecer a população idosa em termos cognitivos e funcionais, como meio de diagnóstico, de modo a possibilitar uma intervenção precoce. Tratando-se, o DCL e a demência, de doenças progressivas e degenerativas com severo impacto na vida das pessoas, família e sociedade, o retardar da progressão e a manutenção da qualidade de vida por mais anos torna-se fundamental e até mesmo uma obrigação das sociedades perante os seus cidadãos.

Objectivo: Caracterizar a cognição e funcionalidade dos idosos com idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa Unidade Saúde Familiar.

Método: Optou-se por um estudo exploratório descritivo transversal. Foram seleccionados para amostra 126 utentes inscritos na Unidade Saúde Familiar Horizonte, a quem depois de obtido o consentimento informado foi aplicado um instrumento de avaliação cognitiva e funcional.

O instrumento utilizado possibilitou a recolha de informações sociodemográficas e clínicas, e utiliza três instrumentos para avaliação cognitiva e dois instrumentos para avaliação funcional: Exame Breve do Estado Mental, Teste do Relógio, Escala de Avaliação de Demência, Índice de Lawton e Índice de Barthel.

Resultados e discussão: Os principais resultados demonstraram, que 20 dos 126 utentes apresentam desempenho nos testes de avaliação da função cognitiva compatível com défice cognitivo o que corresponde a cerca de 15,9% de prevalência. Os principais defeitos cognitivos destes utentes são ao nível da evocação, atenção e cálculo e habilidade construtiva. O desempenho no TR e na EAD correlacionaram-se com o desempenho no MMSE.

A escolaridade mais comum varia de 1 a 4 anos e como antecedentes patológicos os utentes apresentam principalmente doenças cardiovasculares, osteoarticulares e a multipatologia.

A nível funcional estamos perante um conjunto de utentes sem alterações significativas ao nível das suas Actividades Básicas de Vida Diária e Actividades Instrumentais de Vida Diária. A percepção dos utentes sobre saúde, capacidade para fazer face ao dia-a-dia e qualidade de vida demonstra que estes se classificam entre o nível razoável e bom.

Conclusão: A realização de avaliação da função cognitiva e funcional após os 65 anos revela-se útil na detecção precoce de alterações nestas dimensões dos idosos. Os valores obtidos para DCL neste estudo são compatíveis com outros dados de estudos semelhantes realizados a nível nacional e internacional.

Palavras-chave: Envelhecimento, Défice Cognitivo Ligeiro, Demência, Testes de avaliação cognitiva, Testes de avaliação funcional;

ABSTRACT

Introduction: The current societies, especially Western ones, are aging. The family health units reflect this reality with their lists of users with a large number of seniors.

Through investigation it was possible to better understand aging in its normal and pathological aspects, more properly dementia and a pre-dementia entity called mild cognitive impairment (MCI). The researchs consider the MCI as a significant risk factor for developing dementia and an entity increasingly common among the elderly.

The MCI usually goes unnoticed to patients, their families, and even health professionals because it still has a reduced impact on people's everyday lives.

Resulting from this, it is urgent to know the elderly population in terms of cognitive and functional as a diagnostic tool, to permit early intervention. The MCI and dementia as progressive and degenerative diseases with severe impact on people's lives, families and society, the slow progression and maintaining the quality of life for more years becomes crucial and even an obligation of societies to their citizens.

Objective: To characterize the functionality and cognition of the elderly aged 65 and 75 years enrolled in a Family Health Unit.

Method: We chose an exploratory cross-sectional. Were selected to sample 126 registered users Horizonte Family Health Unit, who after obtained informed consent was applied a cognitive and functional assessment.

The instrument used allowed the collection of socio-demographic and clinical uses. Three instruments were used to assess cognitive and two instruments for functional assessment: Mini Mental State Examination, Clock Test, Dementia Rating Scale, Lawton Index and Barthel Index.

Results and discussion: The main results showed that 20 of the 126 users have performance on tests of cognitive function compatible with cognitive deficit which corresponds to about 15.9% prevalence. The main users of these cognitive defects are the level of recall, attention and calculation, and constructive ability. Performance on TR and EAD correlated with performance on the MMSE.

The most common level of education varies from 1 to 4 years and pathological histories of the users are mainly cardiovascular diseases, osteoarticular and multipatologia.

At functional level we have a set of users without significant changes to the level of their Basic Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living.

The perception of users on health, ability to cope with day-to-day and quality of life demonstrates that at these issues, participants rank among the reasonable and good.

Conclusion: The performance assessment of cognitive function and functional after 65 years proves to be useful in early detection of changes in these dimensions of the elderly. The values obtained for MCI in this study are consistent with other data from similar studies conducted nationally and internationally.

Keywords: aging, mild cognitive impairment, dementia, cognitive assessment tests, tests of functional assessment;

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado realizou-se na Escola Superior de Enfermagem do Porto no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Saúde Mental e Psiquiatria, e pretende descrever o percurso de investigação efectuado.

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina do saber, necessita de produzir e de renovar continuamente o seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. Neste sentido, a investigação pode dar um contributo à prática de Enfermagem, permitindo uma evolução para a prática baseada na evidência. O conhecimento adquirido através da investigação permite ainda melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O envelhecimento da população e as suas consequências representam actualmente um desafio para as sociedades mundiais. Ao longo do último século, e graças a um conjunto de factores, como a melhoria das condições sanitárias, a ausência de conflitos armados, nomeadamente nos países dito ocidentais, entre outros factores, fizeram aumentar exponencialmente a proporção de pessoas idosas na população geral.

Em Portugal segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) relativos aos Censos 2011 existem actualmente 10561614 pessoas das quais 2022504 tem 65 ou mais anos, o que representa 19.15% da população total residente no país. Além destes valores pode-se ainda acrescentar que o INE no seu estudo de projecção populacional para o horizonte 2008 a 2060, prevê que se passe de 4.2% de idosos com mais de 80 anos para mais de 12.7% de idosos com mais de 80 anos na população geral portuguesa.

Ainda segundo o INE (2011), há um crescente aumento da esperança média de vida na população portuguesa, de valores médios de cerca de 67 anos nos anos 70, para valores médios de sensivelmente 79 anos neste século, o que associado a uma diminuição da natalidade, está progressivamente a alterar a pirâmide etária da população portuguesa.

Estes dados demonstram que, apesar dos problemas associados ao envelhecimento que serão abordados mais adiante, o número de idosos não parará de aumentar. Este

aumento de pessoas nos escalões etários mais elevados, coloca à sociedade um conjunto de novos desafios, principalmente a nível social e de saúde.

O envelhecimento é, no entanto, uma fase que apesar de natural no ciclo de vida dum ser humano, acarreta um conjunto de condições associadas ao desgaste físico e mental do organismo, que resultam numa maior vulnerabilidade para a instalação de quadros de dependência física e de alterações cognitivas diversas (Araújo et al., 2007).

As demências representam um problema de saúde crescente nas sociedades, tendo em conta as consequências físicas e mentais que acarretam para os indivíduos demenciados, mas também para os seus familiares (Caixeta, 2004).

Outro dado significativo sobre as demências é a sua crescente prevalência nas idades mais avançadas, pelo que é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais precoces de demência, principalmente ainda numa fase pré-demência.

Como o défice cognitivo ligeiro (DCL) é considerado uma entidade de transição entre envelhecimento normal e um estadio pré-demência (Petersen et al., 2001) considera-se relevante conhecer melhor este fenómeno para melhor se poder actuar nas suas fases mais precoces (Petersen et al., 2008).

É pois importante, os profissionais e as instituições de saúde conhecerem melhor a realidade com que se deparam relativamente ao DCL. A distinção entre envelhecimento normal e patológico é difícil e a sua distinção leva a que muitas vezes não se valorizem devidamente as queixas dos idosos e familiares (Spar e La Rue, 2005). Desta forma a correcta prestação de cuidados muitas vezes fica comprometida pois não está adequada à realidade concreta do idoso com queixas de memória.

Desde que se conhece o DCL muitos estudos se tem realizado, mas em Portugal, à semelhança de muitos países, existem poucos estudos de base populacional que permitam conhecer a prevalência de demência ou de défice cognitivo ligeiro (Nunes et al., 2010).

O presente estudo intitulado “Caracterização cognitiva e funcional dos utentes com idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar” pretende ser mais um contributo no estudo do défice cognitivo ligeiro e da demência, numa perspectiva cognitiva e funcional, dando-se ênfase ao desempenho cognitivo mas também à forma como a idade influencia as actividades de vida diárias.

O objectivo geral deste trabalho é pois caracterizar em termos cognitivos e funcionais os idosos, analisando qual a sua relação com determinadas características sociodemográficas.

Este trabalho está dividido em três partes. Uma primeira parte onde se realiza o enquadramento teórico com uma abordagem geral sobre o envelhecimento, défice cognitivo ligeiro, demência e funcionalidade. Na segunda parte aborda-se as opções metodológicas e na terceira parte apresentam-se os resultados. Posteriormente efectua-se a sua discussão, com base nos estudos existentes e, por fim, descrevem-se as principais conclusões do trabalho.

O documento e a sua bibliografia foram construídos segundo as normas de elaboração de trabalho e teses de dissertação de mestrados da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ENVELHECIMENTO NORMAL VERSUS ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

O envelhecimento corresponde a um conjunto de processos dinâmicos que ocorrem no organismo após a sua fase de desenvolvimento e que se relacionam com transformações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo (Fontaine, 1999).

O envelhecimento ocorre de forma diferenciada de individuo para individuo e deve-se a um conjunto de factores genéticos, mas também estilos de vida adoptados, meio ambiente envolvente, patologias adquiridas ao longo da vida, entre outros (Fontaine, 1999).

Fonseca (2005), considera que o envelhecimento além de ser um fenómeno normal, que faz parte do normal desenvolvimento humano, deve ser encarado numa perspectiva biopsicossocial, para que na sua análise entrem diversos domínios, como o biológico, o psicológico e o social.

A Organização Mundial de Saúde numa tentativa de uniformização de critérios, considera idoso qualquer pessoa com 65 ou mais anos, independentemente do seu estado de saúde (OMS, 2001 cit. por Sequeira, 2010).

São diversas as doenças mais incidentes nas faixas etárias superiores aos 65 anos, nomeadamente problemas cardio vasculares e diversos cancros e demências (Cummings et al., 1994).

Muitas vezes existem diversos problemas crónicos juntos, tornando a comorbilidade, ou seja, a existência de múltiplas alterações físicas e psicológicas em simultâneo, uma característica da população idosa (Hanninen et al., 2002).

São várias as teorias acerca do envelhecimento, no entanto, o envelhecimento é visto pela maioria dos autores como um processo multifactorial, envolvendo alterações

neurobiológicas a nível estrutural, funcional e químico, além de factores ambientais e socioculturais que têm influência no organismo humano (Santos, 2008).

A nível biológico, o organismo sofre um conjunto de alterações com o avançar da idade, provocando a perda da capacidade das suas funções, influenciando o padrão de saúde a nível físico, cognitivo, psicológico e social.

São várias, como já se referiu, as teorias que procuram explicar o fenómeno do envelhecimento (Santos, 2008). De forma sucinta, abordaremos a Teoria do Envelhecimento Celular, a Teoria dos Telómeros, a Teoria Neuro-Endócrina e a Teoria Estocástica.

A Teoria do Envelhecimento Celular, de Hayflick e Moorhead (1961) cit. por Spar e La Rue (2005) advoga que as células têm um limite de duplicação pelo que à medida que esse limite se aproxima acontece a perda de várias capacidades funcionais.

A Teoria dos Telómeros, defende que sempre que há divisão celular, os telómeros vão ficando cada vez mais curtos, pelo que com o avançar da idade a divisão celular vai deixando de acontecer (Spar e La Rue, 2005).

A Teoria Neuro-Endócrina, considera que as alterações hormonais ocorridas ao longo da vida, nomeadamente no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, alteram o metabolismo celular (Finch, 1994 cit. por Teixeira, 2006).

Quanto à Teoria Estocástica, sugere que a perda de funções nas idades mais avançadas se deve à acumulação de lesões consecutivas à acção do meio sobre o organismo (Cristofalo, et al., 1994 cit. por Teixeira, 2006).

Ainda a nível biológico, podemos referir que com o envelhecimento o organismo está sujeito a desgaste de funções e sentidos. A nível visual decorre um estreitamento do campo visual, uma menor capacidade de adaptação à luminosidade e um decréscimo da acuidade visual. A nível auditivo surge a presbiacusia, ou seja, diminuição da capacidade auditiva (Fontaine, 1999). Outras funções são menos afectadas como o tacto ou paladar, ainda assim as pessoas idosas sofrem alterações das papilas gustativas, tendo menos capacidade para saborear doces e salgados (Vaz Serra, 2006).

A natural involução morfofuncional, que afecta os sistemas fisiológicos principais, ainda que de forma variável, acarreta consequências físicas/funcionais, psicológicas e sociais para os seres humanos (Moraes et al., 2010a).

Os sinais de alterações funcionais costumam aparecer de forma insidiosa com o passar dos anos, sendo este processo denominado de senescência. O envelhecimento é um processo progressivo de declínio que difere de indivíduo para indivíduo, tornando-se assim único e reflectindo-se a diferentes níveis. A nível concreto pela deterioração física e cognitiva de cada pessoa e a um nível mais complexo e abstracto pois depende da perspectiva que cada pessoa dá ao seu envelhecimento (Moraes et al., 2010a).

Pode-se definir envelhecimento de diversas formas, nomeadamente como um trajecto gradual, descendente e com declínio a diversos níveis (Paúl, 1997), como um processo universal, lento mas gradual que varia de ritmo consoante as pessoas (Vitta, 2000), ou como um processo de deterioração endógena, irreversível e multifactorial que afecta as capacidades funcionais do organismo.

O envelhecimento também pode ser entendido como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida das pessoas (Ministério da Saúde, 2004).

Muitas vezes associado ao envelhecimento, sendo fruto da própria condição de maior fragilidade, temos a dependência. Quando ao envelhecimento, por qualquer motivo, se associa uma condição patológica ficamos muitas vezes perante um quadro de dependência. Podemos definir dependência como uma situação que se caracteriza por uma limitação física, psíquica ou intelectual, pela incapacidade da pessoa em realizar por si só as actividades de vida diárias e pela necessidade de assistência (Sequeira, 2010).

A própria legislação portuguesa através do Decreto-Lei nº101 de 6 de Junho de 2006, caracteriza a dependência como sendo uma situação em que uma pessoa está, quer por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, quer resultante de doença crónica, demência, entre outras, numa situação de por si só não realizar sozinha as suas actividades de vida diária.

Neste ponto, é importante realçar que as alterações cognitivas estão normalmente associadas a situações de dependência, mas o inverso poderá não ser verdade, pois a dependência pode resultar de uma situação meramente física e funcional, mantendo o indivíduo intacta a sua saúde mental.

O envelhecimento biológico e psicológico é muitas vezes indissociável. Há diversas teorias que descrevem o envelhecimento como um processo normal de degeneração celular, que teria por base alterações neuro endócrinas e do funcionamento do sistema nervoso central (SNC). As células ou sofreriam alterações genéticas ou morreriam com o

passar dos anos não havendo lugar à sua substituição. Este processo acarretaria a perda continuada da função de alguns órgãos como o coração, os pulmões, rins, fígado, mas acima de tudo do cérebro com consequente atrofia cerebral, caracterizada pela diminuição dos neurónios e terminações nervosas (Cummings et al., 1994).

As principais alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos podem ser esquematizadas da seguinte forma (Spar e La Rue 2005, cit. por Sequeira 2010):

- Sistema cardiovascular: vê-se confrontado com uma menor eficácia do coração, com o endurecimento e o estreitamento das artérias, o que implica um menor rendimento cardíaco;
- Sistema respiratório: perda de elasticidade e diminuição da capacidade de ventilação;
- Sistema renal: menor eficiência na eliminação de toxinas, perda de capacidade de esvaziamento da bexiga e perda da massa renal;
- Sistema gastrointestinal: menor eficiência na absorção de nutrientes e na sua posterior eliminação com atrofia da mucosa gástrica;
- Sistema músculo-esquelético: redução da massa muscular e óssea, perda da elasticidade das articulações e perda da força muscular;
- Sistema nervoso: apresenta degenerescência neurofibrilar de neurónios, acumulação de placas senis e perda de neurónios, entre outros.

As alterações biológicas provocam alterações moleculares e celulares que por sua vez geram apoptose, radicais livres, mudanças proteicas, entre outros danos. A nível neuro fisiológico ocorre uma diminuição das sinapses, lentidão do fluxo exoplasmático e diminuição da plasticidade cerebral e a nível neuro químico ocorrem alterações das monoaminas e do nível colinérgico (Drachman, 1997).

De referir que com o avançar da idade o cérebro a nível estrutural e morfológico vai diminuindo de tamanho e de peso, e os ventrículos vão aumentando. É possível também observar placas senis e de produtos de degeneração celular (Lent, 2004).

A nível psicológico também há alterações, principalmente provocadas pelas alterações biológicas do envelhecimento, que se traduzem na mudança de comportamentos e atitudes o que confere ao envelhecimento um carácter dinâmico e complexo. O envelhecimento psicológico depende de factores genéticos, ambientais,

socioculturais e do projecto de vida de cada idoso, pelo que envelhecer de forma saudável resulta do equilíbrio entre estes diversos factores (Sequeira, 2010).

Como já foi referido, as aptidões cognitivas vão decaindo com o envelhecimento. A capacidade executiva, de atenção, de raciocínio, de memória, entre outras, atingem o auge na segunda década de vida e iniciam sensivelmente pela quinta década de vida o seu declínio (Vaz Serra, 2006).

Ainda assim, nem todas as aptidões declinam, por exemplo a inteligência associada ao saber, às relações sociais e ao julgamento e compreensão das mesmas pode aumentar com a idade (Fontaine, 1999).

A nível social, também o envelhecimento tem um significado variável e depende de diversos factores. Antes de tudo, depende de factores culturais, variando entre sociedades, mas normalmente está associada à perda de produtividade e mais tarde de autonomia. O facto de nas sociedades ocidentais, por volta dos 65 anos se atingir a idade de reforma, leva a que os idosos a partir desta idade passem a integrar redes sociais e de contactos mais pequenas e limitadas, a perderem grande parte das suas actividades quotidianas habituais e também isto os coloca numa situação de maior fragilidade, tanto mais que sabemos hoje em dia que um quotidiano estimulante e rico em experiências é benéfico sob o ponto de vista da saúde mental (Spar e La Rue, 2005).

Para melhor compreendermos as situações descritas anteriormente, exploramos de seguida as alterações cognitivas e funcionais que nos propusemos estudar.

2. QUEIXAS DE MEMÓRIA, DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO E DEMÊNCIAS

2.1 Queixas de Memória

O aumento do número de pessoas idosas, leva a que se aumente o interesse pelos seus problemas de saúde específicos com vista a proporcionar-lhes melhores cuidados de saúde e melhor qualidade de vida.

Tendo isto em consideração, o aumento do conhecimento sobre o envelhecimento e as alterações que este acarreta, leva a que se procure conhecer cada vez melhor a disfunção cognitiva.

A cognição pode ser definida como sendo uma capacidade mental que permite compreender e resolver problemas do quotidiano. É constituída por um conjunto de funções corticais, formadas pela memória, função executiva, praxia, linguagem, gnosis e função visuo-espacial (Moraes, 2008)

A memória é uma das faculdades cognitivas através da qual se consegue reter informações e lembrar pessoas, objectos, lugares, etc. No entanto, para que a memória represente um episódio, ou seja para que evoque um episódio (evocação), é necessário uma aprendizagem e, para tal, que exista um conjunto de passos como a percepção, aquisição, codificação e armazenamento (Chaves, 1993).

Uma das características do envelhecimento são as queixas de memória. Como existem diferenças entre o esquecimento benigno típico da senescência e os esquecimentos típicos das demências importa distingui-los.

A memória imediata é a que sofre mais alterações com a idade, mantendo-se a memória de longo prazo mais preservada (Sequeira, 2010).

Estas alterações levam a que um indivíduo mantenha a capacidade de conduzir, ler o jornal, saber a capital dum determinado país, mas que tenha dificuldades em relembrar

uma notícia ouvida na rádio ou tomar a medicação consoante a prescrição médica (Santos, 2008).

Spar e La Rue (2005), citados por Sequeira (2010), referem que a memória de trabalho, ou seja, recente, normalmente está estável, sofrendo apenas um declínio ligeiro ou moderado. A diminuição da capacidade para manipular a memória de curto prazo leva a que os idosos possam apresentar défices de codificação e recuperação, razão pela qual apresentam dificuldade em recordar notícias.

Já a memória remota ou de longo prazo, não apresenta normalmente alterações significativas pois aquando do processo de retenção e codificação da informação não existiam problemas cognitivos. Por este motivo, muitos idosos, referem que se lembram muito bem da sua história pessoal, mas não se recordam de episódios recentes.

As alterações e queixas de memória estão também sujeitas a uma apreciação subjectiva por parte dos próprios indivíduos e de quem os rodeia. Muitas das queixas de memória que são manifestadas, não são mais do que a não-aceitação das limitações inerentes à idade.

Além disso, o envelhecimento normal é muito heterogéneo, pois mesmo entre pessoas sem defeito cognitivo, os seus desempenhos ditos normais são muito diferentes entre si, explicados em grande medida pela plasticidade e variabilidade neuronal de cada indivíduo (Santana, 2003).

Esta plasticidade cerebral é o que permite que a estimulação cognitiva funcione como factor protector da função cognitiva, bem como o treino cognitivo funcione como uma intervenção não farmacológica para queixas de memória, défice cognitivo ligeiro ou demência (Yu et al., 2009).

Os sintomas de alterações de memória ou outras alterações cognitivas, comportamentais e funcionais estão também muitas vezes escondidos por outras queixas comuns em pessoas idosas como depressão, apatia e maior desinteresse por algumas actividades, ansiedade, irritabilidade, entre outros. Por exemplo, a depressão por si só é capaz de produzir sinais e sintomas de alteração cognitiva, chamando-se a este fenómeno pseudo-demência (Ghetu et al., 2010).

Seguidamente apresentamos um quadro com a distinção das características clínicas de demência, delirium e depressão para melhor compreendermos as suas diferenças.

	Demência	Delirium	Depressão
Aparecimento	Insidioso	Abrupto	Gradual, pode coincidir com alterações de vida
Duração	Meses a anos	Horas a menos de 1 mês	Pelo menos 2 semanas, mas pode durar anos
Alerta	Geralmente normal	Flutuação entre letargia e hipervigilância	Normal
Curso da doença	Gradual e progressiva	Flutuante, com agravamento noturno	Pior de manhã com ligeira melhora com o passar do dia
Memória	Memória recente alterada e por vezes também a de longo prazo	Falha global de memória	Sem alterações significativas
Pensamento	Lentificado, com dificuldade em encontrar as palavras certas. Julgamentos pobres	Desorganizado, distorcido, fragmentado e bizarro	Lentificado e assente em preocupações ou desesperança
Percepção	Normal. Nalguns estadios podem ocorrer alucinações visuais	Distorcida com alucinações auditivas e visuais	Normalmente intactas
Emoções	Labilidade, irritabilidade e apatia	Irritabilidade e agressividade	Pouco respondível.
Sono	Por vezes com alterações noturnas devido a confusão	Confusão noturna acentuada	Insónia matinal usualmente

Tabela 1 – Comparação entre Demência, Delirium e Depressão (adaptado de Moraes, E. et al, 2010b)

2.2 Défice Cognitivo Ligeiro

Com o aumento do conhecimento sobre as alterações cognitivas foi possível reconhecer novas formas de demência, bem como uma fase pré-demência de disfunção ou defeito cognitivo.

A grande maioria dos investigadores acredita que se os profissionais de saúde estiverem à espera das alterações cognitivas que conduzem ao diagnóstico de demência, perde-se a oportunidade de intervir precocemente com terapias que visem a promoção da cognição ou, pelo menos, o retardar da progressão da disfunção, através de estimulação cognitiva, alterações do estilo de vida e mesmo da intervenção farmacológica.

Assim, revela-se crucial, a identificação do défice cognitivo ligeiro (DCL) que corresponde a uma fase pré-demência na maioria dos casos, como que uma fase intermédia entre envelhecimento normal e demência, permitindo adoptar terapias e monitorizar a sua evolução ao longo do tempo (Petersen et al., 2009).

O DCL é assim uma entidade de transição entre envelhecimento normal e a demência, sendo pois uma entidade de risco para o desenvolvimento de demência (Santana, 2003).

Acredita-se que aquando do diagnóstico de uma alteração cognitiva, o sistema nervoso central destes doentes já sofreu danos consideráveis (Petersen, 2004).

O termo défice cognitivo ligeiro, nem sempre foi entendido como actualmente. O termo foi inicialmente utilizado por Reisberg e colaboradores nos anos 80 para descrever doentes com pontuação 3 na Global Deterioration Scale (GDS) ou de 0.5 pontos na Clinical Dementia Rating (CDR), mas que constituíam casos dúbios de demência por ainda conservarem muitas das funções cognitivas (Petersen et al., 2008).

Já anteriormente, outros autores tinham apresentado várias definições com várias perspectivas sobre queixas de memória, esquecimento benignos ou outras alterações que não senescência e demência. Havia, no entanto, uma noção de *continuum* que ia do envelhecimento normal, passava por estas várias queixas e alterações cognitivas e acabava na demência (Santana, 2003).

Essa falta de objetividade entre clínicos levou a que se procurasse definir o que era exactamente o défice cognitivo ligeiro, que em inglês se designa Mild Cognitive Impairment.

Em 1999 surge, por Petersen e colaboradores, o primeiro grande estudo a demonstrar a importância do DCL, pois os indivíduos com diagnóstico de DCL estariam sujeitos a maior risco de desenvolver demência, nomeadamente, demência de Alzheimer (Petersen et al., 2008). Os resultados deste estudo conduzem em 2001 à adoção dos seguintes critérios para diagnóstico de Déficit Cognitivo Ligeiro:

- Queixas de memória, preferencialmente confirmadas por algum familiar ou cuidador;
- Alteração de memória mais agravada que o expectável para a idade, confirmadas no desempenho em testes neuro psicológicos;
- Restantes funções cognitivas intactas;
- Sem alterações nas actividades de vida diária;
- Sem demência;

Desta forma quando um paciente apresenta queixas cognitivas ou o clinico suspeita de alterações cognitivas deve realizar um exame ao estado mental do doente, por exemplo, recorrendo ao Exame Breve Estado Mental (MMSE), que pode complementar com testes neuro psicológicos e imagiológicos (Petersen et al., 2008). Caso não exista demência, mas as queixas não correspondam a um estadio de envelhecimento dito normal para a idade podemos estar perante DCL.

Também podemos referir que a International Classification of Diseases (ICD-10), da Organização Mundial de Saúde (1992), considerava como critérios para DCL, a existência de declínio de memória e da capacidade de aprender, sendo que nenhum destes sintomas pode ser suficientemente severo para que se possa diagnosticar demência ou delirium. Além disso, esta condição pode estar associada a várias infecções ou desordens cerebrais ou sistémicas, embora não exista evidência de envolvimento cerebral.

São vários os factores de risco para o desenvolvimento de DCL. Entre os factores de risco mais comuns encontram-se (Ghetu et al., 2010):

- Hipertensão: a existência de valores de sistólica e diastólica em indivíduos de meia-idade parece estar relacionada com o aparecimento de demência, nomeadamente de demência de Alzheimer (DA). Além disso, indivíduos hipertensos parecem demonstrar mais placas a nível cortical e do hipocampo, bem como atrofia mais acentuada do hipocampo quando comparados com indivíduos da mesma idade sem hipertensão (Larson, 2007 cit. por Ghetu et al. 2010);
- Obesidade e Diabetes: quando associamos obesidade à hipertensão, o risco de desenvolver demência aumenta ainda mais. A diabetes também se tem mostrado factor de risco para desenvolvimento de demência vascular e défice

cognitivo, mas não para demência de Alzheimer (Larson, 2007 cit. por Ghetu et al., 2010);

- Traumatismo cerebrais: alguns estudos demonstram que indivíduos sujeitos a traumatismo craniano ou a contusões cerebrais sucessivas ao longo da vida têm um risco acrescido de desenvolverem demência e alterações cognitivas;

- Baixa escolaridade e baixos níveis de actividade física, social e mental: quando se compara individuo da mesma idade, é possível analisar que aqueles que apresentam escolaridade mais baixa e trabalhos menos complexos e menos estimulantes são aqueles que apresentam maior ocorrência de alterações cognitivas e demência (Andel, 2005, cit. por Ghetu et al., 2010).

Depois de diagnosticar o DCL, clinicamente pode-se explorar o tipo de défice, nomeadamente se é mnésico ou não mnésico, ou de multidomínios.

Neste caso o DCL é mnésico se a queixa principal é apenas do domínio da memória e o doente mantêm intactos ou conservados os domínios da linguagem, funções executivas e demais domínios (Petersen et al., 2008). Esta é a forma mais comum de DCL e a que apresenta maior risco de evolução para doença de Alzheimer (Magalhães, 2007).

Quando as queixas se referem a domínios que não a memória, mas a funções executivas, linguagem, viso espacial, estamos perante DCL não mnésico.

Será multidomínios, quando o paciente apresenta declínio em vários domínios cognitivos, mas não em magnitude para constituir demência (Petersen, 2003). Se a memória for um dos domínios afectados pode-se dizer que se está perante DCL mnésico múltiplos domínios.

Na definição das causas pode-se, também, explorar a etiologia do Défice Cognitivo Ligeiro. Através da análise da história clínica, bem como através da realização de análises clínicas ou recorrendo à imagiologia é possível determinar se estamos perante uma degeneração que ocorreu de forma insidiosa e gradual, ou se estamos perante um paciente com história de problemas cardiovasculares, psiquiátricos (nomeadamente história de depressão), cancerígenos, endócrinos, ou até de vários em simultâneo.

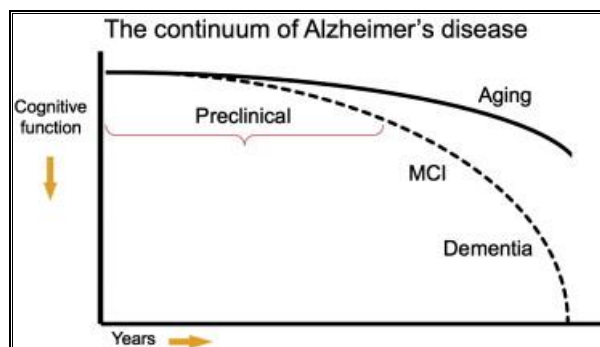
Este conhecimento pode permitir predizer que tipo de evolução o DCL terá, quer seja Alzheimer nas situações de queixas de memória e de etiologia insidiosa, quer seja

demência fronto-temporal ou de Corpos de Lewy nos casos de alterações das funções cognitivas que não a memória (Petersen et al., 2008).

		Etiologia				
Classificação Clínica			Degenerativa	Vascular	Psiquiátrica	Condição Clínica
	DCL Amnésico	Domínio Único	Demência Alzheimer		Depressão	
		Múltiplos domínios	Demência Alzheimer	Demência Vascular	Depressão	
	DCL Não-amnésico	Domínio Único	Demência Fronto-temporal			
		Múltiplos domínios	Demência Corpos Lewy	Demência Vascular		

Quadro 1 – Presumível evolução clínica da demência segundo a sua etiologia (adaptado de Petersen et al. 2009, p.14)

Défice cognitivo ou alteração cognitiva são palavras hoje usadas para descrever alterações da cognição que não sejam classificadas como demência. Normalmente o défice cognitivo reporta-se a uma alteração da cognição específica, como a memória ou outra, e que são fortes preditores de doença demencial, revelando-se de enorme importância a sua detecção precoce por forma a retardar o aparecimento de um quadro demencial (Lonie et al., 2009)



Quadro 2 - Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência (adaptado de Petersen, 2004: p.184)

O défice cognitivo ligeiro acaba por ser uma condição de saúde que está entre o envelhecimento normal e a demência, especialmente a demência de Alzheimer. Quando detectado num doente o défice cognitivo ligeiro, em média demora 3 a 4 anos para que se instale um quadro demencial (Hanninen et al., 2002).

São vários os estudos sobre a prevalência de DCL e a sua taxa de progressão para demência. Os valores encontrados variam bastante entre estudos, provavelmente porque os investigadores recorrem a instrumentos de mensuração diferentes, a critérios de diagnósticos diferentes, entre outros factores.

Ghetu e colaboradores (2010), indicam que indivíduos com DCL apresentam uma probabilidade três vezes superior de desenvolver demência do que aqueles que não tem DCL. Apresenta ainda taxas de conversão anual de DCL para demência de 10 a 15%. Estas taxas podem ser corroboradas por Petersen et al. (1999) que fala em 80% de taxa de conversão DCL-DA aos 6 anos.

Hanninen e colaboradores (2002) realizaram um estudo na Finlândia com 806 participantes com idades compreendidas entre os 60 e os 76 anos e encontrou taxas de prevalência de 5.3%. Já Marly e colaboradores (2008) cit. por Petersen et al. (2009) refere que num estudo que desenvolveu nos Estados Unidos da América, a 2364 utentes com mais de 65 anos a prevalência foi de 21.8%.

Muitos outros estudos foram analisados por Petersen et al. (2008) mas os valores acabam por oscilar entre os 5% e os 20% de prevalência.

Também Lonie et al. (2009), refere no seu estudo que a taxa de prevalência varia dos 3.1% aos 15% ou mais nas pessoas com mais de 65 anos. Esta variação deve-se à idade estudada nas amostras, muito díspares, bem como ao facto de haver uma variação sobre as queixas cognitivas valorizadas para efeito de défice cognitivo entre os diversos estudos (Lonie et al., 2009).

Não existem valores exactos sobre a prevalência de défice cognitivo ligeiro em Portugal, havendo apenas alguns dados relativos a estudos isolados e que não podem ser com rigor replicados para a realidade nacional, como por exemplo o estudo de Nunes et al., (2010) que estudando a prevalência nos concelhos de Arouca e São João Madeira estima valores de 2.7% para a demência e de 12.3% para o DCL.

Outros dos motivos para a ausência de mais dados sobre o DCL é que muitos profissionais de saúde tendem a desvalorizar queixas em pessoas idosas, associando-as a

envelhecimento. Convém realçar que défice cognitivo e processo normal de envelhecimento são entidades distintas, apesar de, muitas vezes terem características sobreponíveis. Este facto deve-se à fraca capacidade demonstrada por muitos profissionais de saúde em detectar alterações cognitivas e em utilizar instrumentos de avaliação cognitiva (Woodford et al., 2007).

Com o envelhecimento, ocorrem naturalmente alterações nas funções cognitivas e no comportamento das pessoas, mas importa perceber o grau de comprometimento bem como a sua influência no quotidiano da pessoa, ou quão diferente ela está em relação a um passado não muito distante, pois estas alterações acarretam um impacto na saúde de cada indivíduo, mas também a nível social e familiar visto tratarem-se de doenças progressivas e de crescente dependência e perda de autonomia (Woodford et al., 2007)

2.3 Demências

Ao contrário do défice cognitivo ligeiro, a demência é uma entidade clínica conhecida e com critérios de diagnósticos explícitos e conhecidos. Segundo o DSM-IV-TR (2002) a demência caracteriza-se pela presença de múltiplos défices cognitivos em múltiplos domínios, incluindo memória e, pelo menos, um outro distúrbio como afasia, apraxia, agnosia e distúrbio na função motora. Estas alterações revelam uma maior deterioração do que seria de esperar para a idade da pessoa e pode e deve ser mensurável recorrendo a escalas, testes, análises clínicas, biomarcadores e imagiologia.

As demências podem ser agrupadas em dois grandes grupos, as demências não degenerativas e as demências degenerativas.

As demências não degenerativas e que representam cerca de 30 a 40% do total das demências, são a demência vascular, alcoólica, infecciosa, secundária a traumatismo crânio-encefálico, entre outras (Cummings et al., 2002).

Entre as demências degenerativas, que representam 60 a 70% dos casos de demência estão a demência de Alzheimer, que será alvo duma abordagem mais aprofundada, fronto-temporal, de Corpos de Lewy, entre outras menos comuns (Cummings et al., 2002).

Dentro das demências não degenerativas destaca-se a demência vascular. Esta deve-se à ocorrência de múltiplas lesões isquémicas ou hemorrágicas a nível cerebral (Salama,

2008). Normalmente aparece em doentes com história de acidentes vasculares cerebrais, sendo os doentes com hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e fumadores mais susceptíveis de a desenvolverem (Salama, 2008).

Os défices são variáveis em função da zona cerebral afectada, sendo que lesões corticais costumam resultar em afasia e lesões focais em hemiparesias, bem como os diversos enfartes dos pequenos vasos provocam esquecimento e défices da função de execução (Ribeira et al., 2004).

Em Portugal, devido à significativa prevalência de Hipertensão de acidentes vasculares cerebrais, estima-se que a demência vascular seja a segunda demência mais prevalente na população (Santana, 2005).

O início da demência vascular é, normalmente, mais precoce que a demência de Alzheimer, embora a idade constitua um factor de risco, bem como o baixo nível de instrução. O início da demência é normalmente abrupto e de progressão rápida, afectando a memória de trabalho e graves complicações como alterações da marcha, incontinência urinária, lentificação psicomotora, pobreza mimica, irritabilidade, entre outros aspectos (Santana, 2005).

Nas demências degenerativas destaca-se a demência de Alzheimer, que abordaremos mais adiante e as demências de Corpus de Lewy e demência fronto-temporal.

A demência fronto-temporal consiste num conjunto de distúrbios patológicos que tem em comum o facto de afectarem os lobos frontal e temporal. A entidade nosológica mais conhecida é a doença de Pick.

Outro dos factores precipitantes da demência fronto-temporal são as mutações genéticas a nível da proteína tau, proteína que quando modificada provoca alterações no funcionamento celular cerebral.

Distingue-se da demência de Alzheimer porque provoca alterações comportamentais como desinibição, impulsividade, apatia, isolamento e comportamento sociais inadequados de forma precoce e frequente (Ribeira et al., 2004). Isto deve-se ao facto do comportamento, as emoções e a linguagem serem áreas controladas nos lobos frontal e temporal.

Além disso, a memória encontra-se relativamente conservada, mas tem perturbações ao nível da linguagem, principalmente estes doentes tem dificuldade em manter uma conversa porque não encontram as palavras certas ou estão sempre a

repetir a mesma mensagem (Harrison et al., 2006). Recorrendo à neuro imagem é possível observar a atrofia focal ou lesão dos lobos afectados e acaba por ser esta a única forma de diagnóstico correcto desta demência, razão pela qual só muitas vezes depois de falecerem e serem submetidos a autópsia se descobre que determinada pessoa padecia de demência fronto-temporal (Salama, 2008).

O tratamento nesta demência, consiste em procurar minimizar os danos provocados pela mesma com vista ao aumento da qualidade de vida do doente e seus familiares, pois não existe cura para a demência em si.

A demência de Corpos de Lewy refere-se a um subtipo de demência também comum, provavelmente o mais prevalente logo depois da demência da Alzheimer (Salama, 2008).

Advém da presença de pequenos corpos de Lewy, que devem o seu nome ao médico que os identificou em 1912, e que são pequenas e circulares estruturas de proteínas que se depositam no cérebro perturbando ou danificando a transmissão de informação entre mensageiros químicos como a Acetilcolina e a Dopamina que desempenham um importante papel na regulação do funcionamento cerebral, nomeadamente a nível da memória, aprendizagem, comportamento e atenção (Harrison et al., 2006).

Caracteriza-se por ter uma progressão lenta, podendo o doente manifestar flutuações de estado semelhantes a delirium (Harrison et al., 2006). A presença de corpos de Lewy, como normalmente, vem acompanhada de défices colinérgicos e dopaminérgicos a nível da transmissão neuronal, por vezes provoca parkinsonismo (Salama, 2008). Normalmente os doentes diagnosticados com demência dos Corpos de Lewy, apresentam lentificação, tremores, perda da expressão facial, confusão no período nocturno e alucinações visuais (Harrison et al., 2006).

O diagnóstico não é fácil de efectuar e é necessário muitas vezes recorrer-se a um especialista. São valorizados para efeito de diagnóstico as alucinações e o parkinsonismo, por serem característicos desta demência.

Não existe tratamento para a demência de Corpos de Lewy. Farmacologicamente recorre-se a terapêuticas que controlem os sintomas como as alucinações ou os tremores, visando aumentar a qualidade de vida.

2.3.1 Demência de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência entre as pessoas mais velhas. A forma de aparecimento é insidiosa, afectando normalmente partes do cérebro associadas ao controlo do pensamento, memória e linguagem. É comum os doentes de Alzheimer manifestarem perda de memória para acontecimentos recentes (memória recente / imediata).

Como doença crónica e progressiva que é, com o tempo a sua severidade aumenta e as suas consequências no quotidiano também. Os doentes podem deixar de reconhecer os familiares, ter dificuldades em ler e esquecerem-se dos cuidados de higiene (Nunes, 2007).

Manifestações de ansiedade ou agressividade são muito comuns levando a que a sobrecarga dos cuidadores aumente substancialmente. A isto acresce o facto de muitos doentes em fases avançadas da doença ficarem acamados e totalmente dependentes.

A taxa de incidência de doença demencial aumenta exponencialmente com a idade. De acordo com o EuroCoDe a taxa de prevalência na Europa de Doença de Alzheimer aos 75 anos situa-se nos 7.5%, subindo para 15% aos 80 anos e para mais de 40% aos 90 anos (Massano, 2009).

A Alzheimer Portugal, no seu relatório de 2010, aponta para a existência de cerca de 153000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90000 seriam doentes de Alzheimer. A corroborar esta hipótese, a Alzheimer Europe em 2006, refere que os dados analisados apontavam para cerca de 130000 doentes com demência em 2005 em Portugal. Já Leuschner em 2005 citado por Sequeira (2010) refere que existem cerca de 70000 doentes com doença de Alzheimer. Independentemente destes valores, como a doença tem apresentado valores crescentes de prevalência e incidência, o acréscimo de casos e números é expectável.

Para prevenir um agravamento rápido da situação clínica, é muito importante estimular cognitivamente as pessoas com demência, principalmente nas fases mais ligeiras da doença para que a autonomia e capacidades mentais se mantenham o maior tempo possível preservadas, de forma a, proporcionar qualidade de vida a estas pessoas durante mais anos (Nunes, 2007).

O diagnóstico da demência tipo Alzheimer faz-se em duas fases: diagnóstica síndrome demencial e diagnóstico de doença de Alzheimer.

Os critérios de diagnóstico de demência segundo o DSM-IV-TR (2002) estão representados seguidamente (Quadro2):

Critério de Diagnóstico para Demência de Alzheimer
A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por: <ul style="list-style-type: none">1) Diminuição da memória.2) Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:<ul style="list-style-type: none">(a) Afasia;(b) apraxia;(c) agnosia;(d) perturbação na capacidade de execução.
B. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.
C. A evolução caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado.
D. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 não são devidos a nenhum dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">1) Outras doenças do sistema nervoso central que causam défices progressivos da memória e cognição;2) Doenças sistémicas que causam demência;3) Doenças induzidas por substâncias.
E. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um <i>delirium</i> .
F. A perturbação não é devida a outra perturbação do Eixo I.

Quadro 3: Critério de Diagnóstico para Demência de Alzheimer segundo DSM-IV-TR (2002)

Outras características da demência são que esta é insidiosa, de evolução lenta mas progressiva e sem antecedentes depressivos. As pessoas podem apresentar desorientação temporal e espacial, com agravamento ao fim do dia e eventualmente quadro confusional nocturno.

A avaliação diagnóstica de demência pode ser obtida com recurso a colheita de dados e posterior decisão clínica, bem como recorrendo a estudos analíticos, ou aplicação de testes e escalas de carácter neuropsicológico, ou mesmo técnicas e estudos anatomopatológicos, neuroimagiológicos e EEG.

Na demência de Alzheimer, a nível anatomopatológico, na maioria dos casos ocorre atrofia macroscópica cerebral difusa, com alargamento dos sulcos corticais e um maior aumento dos ventrículos cerebrais em relação ao que seria normal durante o envelhecimento (Touchon e Portet, 2002; Andreasen, 2003 e Spar e La Rue, 2005 cit. por Sequeira, 2010).

A tomografia computadorizada (TAC) e a ressonância magnética nuclear (RMN) permitem obter imagens que mostram alterações das estruturas cerebrais, nomeadamente, perda neuronal, placas neuríticas contendo amiloide A β , etc (Massano, 2009).

Outro exame, a tomografia de emissão de positrões (PET) permite verificar que a acetilcolina e a sua enzima, a acetilcolinesterase, envolvidas no processamento da memória, estão diminuídas (Andreasen, 2003 cit. por Sequeira, 2010).

Além das técnicas de imagem, pode-se como já se referiu anteriormente recorrer a estudos neuropsicológico, onde se incluem um conjunto de testes e escalas de avaliação.

São diversos os factores de risco para a demência de Alzheimer. A nível genético, efectivamente, os estudos parecem demonstrar que a presença de Apolipoproteína E no cromossoma 19 e de Proteína precursora amiloide a nível do cromossoma 21, está directamente relacionada com o aumento do risco de desenvolvimento de Alzheimer (Harrison, 2006). Para além do mais as placas senis encontradas nos estudos neuropatológicos de doentes com demência de Alzheimer, mostram este tipo de lesão sendo a proteína B amiloide a sua componente principal (Hardy e Seldoe, 2002 cit. por Sequeira, 2010).

Nesta fase convém também referir factores que parecem desempenhar um factor protector em relação ao desenvolvimento de demência de Alzheimer. Ainda que muitos deles não estejam definitivamente comprovados vários estudos apontam a escolaridade e a estimulação cognitiva, um estilo de vida saudável incluindo alimentação e exercício adequados, bem como o consumo de vitaminas E e C que funcionam como antioxidantes como factores protectores (Harrison et al., 2006; Petersen et al., 2008)

Ao longo dos anos de evolução da doença de Alzheimer, esta leva a uma deterioração progressiva da qualidade de vida do doente e dos seus familiares. Assim podemos fasear a doença em 3 fases (Massano, 2009):

Fase inicial ou ligeira (primeiros 2 a 4 anos):

- Defeito de memória predominantemente recente;
- Alterações executivas (dificuldade em usar dinheiro, etc.);
- Perda da iniciativa;
- Alteração do raciocínio crítico;
- Perturbações de humor e ansiedade;

Fase intermédia ou moderada (pode-se iniciar aos 2 anos e durar até perto dos 8 a 10 anos):

- Lapsos memória mais acentuados;
- Dificuldade em reconhecer familiares;
- Diminuição da autonomia;
- Alterações de humor, alucinações ou delírios;
- Orientação espacial comprometida;
- Agressividade ou irritabilidade;

Fase avançada ou severa (pode durar de 1 a 3 anos):

- Dependência total nas actividades de vida diárias (comer, vestir, banho, etc.)
- Não reconhece familiares;
- Comportamento desajustado;
- Possível alteração do estado de consciência (estado vegetativo);

Os objectivos do tratamento são o prevenir a doença e atrasar a sua progressão, bem como tratar os sintomas primários (cognitivos) e os secundários (comportamentais e psiquiátricos) (Nunes, 2007).

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento das soluções terapêuticas para o tratamento da doença de Alzheimer.

Os principais fármacos, como os inibidores das colinesterases, partem do princípio que uma redução acentuada da acetilcolina, está na origem das disfunções cognitivas, nomeadamente do défice de memória (Pelaganza, 2003; Forlenza, 2005).

Outro tipo de fármacos são os antagonistas dos receptores de glutamato, que foram aprovados mais recentemente e que estão aprovados como terapêutica farmacológica nas formas moderada a severa da Doença de Alzheimer.

O tratamento farmacológico é assim constituído por (Pelaganza, 2003; Forlenza, 2005):

- Inibidores das colinesterases: tacrina, donepezil, rivastigmina e galantamina;
- Antagonistas dos receptores glutamatérgicos NMDA: memantina;

Destes a tacrina está neste momento contra-indicada por ser hepatotóxico.

A utilização de fármacos como donepezil, rivastigmina e galantamina, leva a que haja um impedimento da enzima Acetilcolinesterase de diminuir e destruir os níveis de acetilcolina, melhorando assim a comunicação entre células e possibilitando a estabilização ou melhoria dos sintomas de demência.

A memantina inibe a produção de glutamato produzido pelas células afectadas pela demência, mas além da protecção das células cerebrais e das suas funções, desempenha também um papel importante no controlo da agitação e agressividade.

Seguidamente na Tabela 2 apresentam-se os critérios de abordagem farmacológica de 2006 do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Fármaco	Indicação Terapêutica	Posologia recomendada
Donepezil	Estadio inicial a moderado de demência de Alzheimer	5mg/dia podendo ao fim de 1 mês aumentar para 10mg/dia
Galantamina	Estadio inicial a moderado de demência de Alzheimer	4mg 2*dia podendo aumentar para 8mg 2*dia e fazer-se dose de manutenção 8-12mg 2*dia
Galantamina XL	Estadio inicial a moderado de demência de Alzheimer	8mh/dia podendo atingir doses de manutenção de 16-24mg/dia
Rivastigmina	Estadio inicial a moderado de demência de Alzheimer e Doença de Parkinson	1.5mg 2*dia até uma dose máxima de 6mg 2*dia
Memantina	Estadios severos de demência de Alzheimer	5mg /dia de manhã, podendo aumentar-se 5mg por semana até à dose máxima de 10mg 2*dia

Tabela 2 - Abordagem farmacológica – recomendações NICE 2006

Outros fármacos são utilizados mas não directamente no tratamento da doença de Alzheimer, mas sim na sintomatologia associada à demência e ao envelhecimento, nomeadamente fármacos para a depressão, insónia, agitação psicomotora, carências vitamínicas, etc.

Além do tratamento farmacológico, temos o tratamento não farmacológico que tem como objectivo (Sequeira, 2010):

- Promover ou manter autonomia;
- Melhorar função cognitiva ou evitar/atrasar a deterioração cognitiva;
- Manter interacção com o meio;
- Estimular a pessoa a manter a sua identidade, bem como a sua autonomia nas actividades de vida diária;
- Auxiliar a pessoa e os seus familiares/cuidadores a manter a qualidade de vida o maior tempo possível;

Assim, o tratamento não farmacológico consiste em (Nunes, 2007):

- Estimulação cognitiva;
- Treino memória e outras funções cognitivas;
- Abordagens terapêuticas estruturadas;

De forma sucinta as principais modalidades de intervenção consistem em (Sequeira, 2010):

- Estimulação cognitiva: deve ser adaptada ao estágio de deterioração de cada paciente, funcionando em doentes com demência ligeira a moderada. A estimulação pode ser executada por meio de treino da memória, a atenção, a linguagem, o pensamento, as gnosias, etc.
- Terapia de orientação para a realidade: são um conjunto de técnicas simples que permitem ao doente manter-se orientado no tempo e espaço, na sua habitação, etc., e pode ser realizada de forma formal ou informal.
- Terapia por reminiscências: é uma terapia que pretende que a pessoa recorde momentos agradáveis do seu passado, conseguindo-se desta forma estimular a cognição e proporcionar bem-estar e melhor auto-estima ao doente.

Poderíamos ainda abordar a terapia de validação, a musicoterapia, entre outras, todas com objectivos específicos diferentes e estratégias diferentes, mas com um objectivo geral comum, o retardar do deteriorar das funções cognitivas do doente de Alzheimer.

Petersen et al. (2008), refere mesmo que a participação em programas de estimulação cognitiva específicos e dirigidos a idosos com demência de Alzheimer parece ser um factor protector e retardador do declínio cognitivo. A leitura, o ver televisão e escutar rádio ou a realização de palavras cruzadas são exemplos de actividades simples e com um efeito positivo no declínio cognitivo.

A alimentação também é indicada como factor que desempenha um papel relevante. Uma dieta que evita ácidos gordos ou hidratos de carbono em excesso, parece funcionar como factor de protecção do declínio cerebral, bem como ajuda a controlar a hipertensão e o excesso de colesterol que são por si só factores de risco. Além disso, o consumo de antioxidantes e de vitaminas E e C, de Ómega 3, bem como de fibras e leguminosas aponta para menor probabilidade de desenvolver défices cognitivos.

O tabaco e o álcool são dois factores de risco nesta como noutras doenças pelo que não fumar e não beber é um factor de protecção.

2.3.2 Abordagem da Função Cognitiva

A abordagem da função cognitiva pode-se realizar de diversas formas, nomeadamente através da história clínica, do exame físico, testes laboratoriais, neuro imagem e testes/escalas cognitivas.

Após pesquisa na base de dados Pubmed com as palavras-chaves “cognitive screening”, “cognitive assessment” e “cognitive tests”, foram analisados diversos artigos em texto completo e de acesso livre. Além desta análise foi considerada a norma da Direcção Geral de Saúde nº53/2011, com o título “Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas” e o livro “Escala e Testes na Demência” do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, por se constituir um grupo de reconhecido mérito nacional e internacional.

Assim destacam-se:

- Exame Breve do Estado Mental ou Mini Mental State Examination (MMSE) em inglês, elaborada por Folstein et al. (1975), é um dos exames mais amplamente utilizados para avaliação do funcionamento cognitivo. Permite avaliar a orientação temporal e espacial, memória curto prazo, evocação, cálculo, linguagem, habilidade construtiva, entre

outras dimensões. Tem uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos que deverá ser interpretada consoante a escolaridade do paciente.

- Teste do Relógio (TR) ou Clock Drawing Teste (CDT) em inglês, de fácil e rápida aplicação, permite efectuar rastreio cognitivo a nível principalmente da função cognitiva, mas também a nível da praxia, compreensão e função visuo-espacial. Existem diversas versões e formas de pontuar este teste, mas a sua execução é sensivelmente igual e consiste em pedir para um doente desenhar um relógio e colocar os ponteiros das horas e minutos na hora pedida (GEECD, 2008).

- Escala de Avaliação de Blessed, criada por Blessed et al. (1968), procura avaliar mudanças no desempenho das actividades diárias, os hábitos, na personalidade e nos interesses e motivações do utente examinado. A pontuação oscila entre 0 e 28 pontos, sendo 0 pontos correspondente a ausência de comprometimento emocional e funcional e 28 pontos correspondente a comprometimento grave (GEECD, 2008).

- Escala de Deterioração Global, de Reisberg et al. (1982), desenvolvida para tentar caracterizar a demência e classifica-la em estadios de deterioração. A escala original tem 7 estadios, onde o estadio 1 corresponde a ausência de evidência objectiva e subjectiva de défice cognitivo até ao estadio 7, correspondendo a declínio muito grave com afectação de todas as actividades de vida diária (GEECD, 2008).

- Escala Clínica Demência (CDR), desenvolvida por Hughes et al. (1982) como instrumento de avaliação global sendo a sua interpretação e mensuração actualizada por Morris (1993). A CDR contém 5 graus de comprometimento do desempenho do individuo, como memória, orientação, juízo e solução de problemas, actividades na comunidade, casa e passatempos e cuidado pessoal. A memória constitui-se como categoria primária tendo primazia em relação às restantes (GEECD, 2008).

- Escala Avaliação Doença Alzheimer (ADAS), desenvolvida por Rosen et al. (1984), é composto por dois instrumentos, um para a componente cognitiva e outro para a componente não cognitiva. Constituída por 21 itens, 10 dizem respeito à componente não cognitiva e valem 5 pontos num total que pode variar de 0 a 50 pontos. Os restantes 11 itens são relativos à componente cognitiva e a pontuação varia de 0 a 70 pontos.

A pontuação total vai até 120 pontos, sendo que pontuações mais altas correspondem a maior deterioração (GEECD, 2008).

- Montreal Cognitive Assessment (MOCA), que está disponível em acesso livre em www.mocatest.org e que foi traduzida para português por Mário Simões e colaboradores, permite avaliar a função cognitiva aplicando um conjunto de tarefas divididas em memória, atenção, linguagem, abstracção, orientação, evocação diferida, função executiva, dimensão visuo-espacial, desenho de relógio. A pontuação máxima são os 30 pontos sendo que pontuações iguais ou inferiores a 25 pontos indicam alteração cognitiva (GEECD, 2008).

Para além dos testes e escalas, podemos aceder à avaliação da função cognitiva recorrendo a biomarcadores. Um biomarcador é uma medida objectiva de um processo biológico ou patogénico, com capacidade para avaliar o risco da doença ou prognóstico. Pode ser usado para diagnóstico ou para monitorizar intervenções terapêuticas (Hampel, 2011).

São potenciais biomarcadores de DA: níveis baixos de proteína amiloide beta 1-42 (A₁₋₄₂), níveis altos de proteínas tau total (t-tau) e tau fosforilada (p-tau), alta razão entre t-tau ou p-tau e A₁₋₄₂ no líquido céfalo-raquidiano (LCR); atrofia do lobo temporal medial (LTM) na ressonância magnética (RM); presença de amiloide cerebral detectada por Tomografia de Emissão de Positrões (PET), redução da taxa do metabolismo cerebral da glicose (TMCgl) em regiões parieto-temporais bilaterais na PET; fluxo sanguíneo cerebral (FSC) alterado na Tomografia Computorizada de Emissão de Fótons (SPECT); níveis alterados de A₁₋₄₂ e de outras proteínas no plasma (Hampel, 2011).

2.4 Funcionalidade e Dependência

Para lá do défice cognitivo e da demência, outra condição associada ao envelhecimento é a alteração da funcionalidade. Além do mais, a manutenção das actividades de vida diárias é um dos critérios para DCL, portanto importa classificar os indivíduos a este nível.

Além disso, para uma avaliação neuro psicológica mais completa e adequada, não nos podemos restringir às funções cognitivas. Devemos ter em atenção o desempenho dos indivíduos nas suas actividades de vida diária, uma vez que existe uma correlação positiva entre alterações cognitivas, nomeadamente demências, e incapacidade funcional (Litvoc, 2006).

Esta condição apesar de estar directamente relacionada com alterações cognitivas, pode estar presente mesmo sem estas se manifestarem, pois é multifactorial, estando associada a muitas patologias crónicas típicas do envelhecimento, sendo pois uma condição autónoma e que influencia determinantemente a qualidade de vida do idoso bem como a sua condição de saúde, social e familiar, tendo importantes repercussões para os sistemas de saúde (Paixão et al., 2005).

O declínio da funcionalidade acaba, muitas vezes, por resultar em dependência. Em pessoas idosas esta dependência é ainda agravada pela polimedicação resultante da multipatologia, alimentação deficitária, falta de adaptação do meio onde o idoso está inserido (Sequeira, 2010).

Assim a avaliação funcional revela-se como uma área importante na caracterização do idoso e das suas necessidades em cuidados de saúde, devendo-se para tal caracterizar a forma como o idoso desempenha as suas actividades de vida diária e as suas actividades instrumentais de vida diária porque esses dados permitem obter uma visão global da funcionalidade do idoso e do seu risco de dependência (Sequeira, 2010).

As actividades de vida diária podem ser definidas como as tarefas que uma pessoa desempenha para cuidar de si, como são o tomar banho, comer, andar, vestir-se, transferir-se e realizar a eliminação vesical e intestinal (Costa et al., 2006). As actividades instrumentais de vida diária são as habilidades que um idoso deve possuir para gerir o seu ambiente, bem como preparar refeições, lidar com dinheiro, usar telefone, administrar medicamentos, fazer compras, andar em meios de transporte (Costa et al., 2006).

Para se realizar a avaliação da funcionalidade irá utilizar-se o Índice de Barthel para as actividades de vida diária e o Índice de Lawton para avaliar as actividades instrumentais de vida diária.

A opção por estes dois instrumentos deve-se ao facto de serem dos mais referidos na literatura como sendo dos mais utilizados na prática clínica (Sequeira, 2010). São de fácil aplicação, podem ser repetidos periodicamente, permitindo mensurar a evolução e requerem pouco tempo de preenchimento (Paixão et al., 2005).

O Índice de Barthel é um instrumento que serve para avaliar o grau de independência de um indivíduo na realização de dez actividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo vesical e intestinal, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney et al., 1965).

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de independência de um indivíduo na realização de oito actividades instrumentais de vida diária: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, utilizar os transportes, gerir dinheiro e gerir a medicação (Sequeira, 2010).

O Índice de Barthel tem uma pontuação total de 100 pontos, correspondentes a um grau de total de independência, considerando-se a existência de dependência a partir de uma pontuação inferior a 90 pontos. Desta forma, pontuações entre 0 e 20 pontos correspondem a total independência, de 20 a 35 pontos a dependência severa, 40 a 55 moderadamente dependente, entre 60 e 90 ligeiramente dependente (Sequeira, 2010).

O Índice de Lawton tem uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. A pontuação de 8 pontos corresponde a um grau de independência total, de 9 a 20 pontos a um nível de dependência moderada, necessitando a pessoa de ajuda para as tarefas e, pontuações acima de 20 pontos correspondem a grau de dependência elevada (Sequeira, 2010).

Ambos os instrumentos permitem uma avaliação global, mas também parcelar da dependência pois é possível verificar as pontuações item a item, dando a conhecer as incapacidades específicas e, portanto, adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

3. ESTADO DA ARTE

Com o objectivo de sistematizar o conhecimento existente sobre as temáticas em estudo, nomeadamente défice cognitivo ligeiro e instrumentos de caracterização cognitiva e funcional, foi realizada uma revisão da literatura.

No sentido de dar resposta às questões de investigação realizaram-se pesquisas em diversas bases de dados e bibliotecas, procurando estudos que demonstrassem evidência científica sobre os temas a abordar.

Para identificação dos artigos relevantes utilizaram-se as palavras-chave défice cognitivo ligeiro, demência, instrumentos de avaliação da cognição e instrumentos de avaliação funcional em idosos.

Recorreu-se às bases de dados MedLine, Psychological and Behavioral Sciences Collection e CINAHL (via EBSCOhost), utilizando o inglês como idioma preferencial e com datas entre 2002 e 2012.

Da pesquisa combinada das palavras-chave foram encontrados dezenas de artigos, tendo-se seleccionado aqueles que pela leitura do resumo pareceram ser mais relevantes e mais de acordo com a finalidade do estudo aqui desenvolvido.

Seguidamente apresentam-se os resumos dos artigos considerados mais relevantes, com referência ao estudo, nomeadamente título, autor, amostra, metodologia e resultados.

Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Nunes, B.; Silva, R.; Cruz, V.; Roriz, J.; Pais, J.; Silva, M. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. <i>BMC Neurology</i> . 2010, 10, 42.	Estudo longitudinal de base populacional	Seleccionadas 2 amostras. Uma referente a um concelho rural e outra dum concelho urbano. Os participantes tinham	Foram submetidos inicialmente ao MMSE e à Blessed Dementia Scale, sendo que todos os que obtinham pontuações alteradas eram posteriormente	Como resultados o estudo demonstra uma prevalência maior de DCL em meio rural do que urbano, tendo-se verificado uma prevalência global de 2.7% de demência e 12,3% de DCL.

		idades entre os 55 e os 75 anos.	avaliados por neurologia.	
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Gauthier, S.; Reisberg, B.; Zaudig, M.; Petersen, R.C. et al. Mild Cognitive Impairment. <i>Lancet</i> . 2006, Vol. 15, pp. 1262-69	Revisão da literatura		Seminário com especialistas patrocinados pela Associação Psicogeriátrica Internacional com o objectivo de reverem trabalhos publicados e chegarem a consensos.	Este artigo faz uma revisão do conceito de défice cognitivo ligeiro, referindo-se a este como um declínio maior que o expectável para a idade e nível educacional do individuo mas sem afectar as suas actividades de vida diárias. Refere que os estudos indicam uma prevalência muito ampla, que vai dos 3 aos 19% nos indivíduos com mais de 65 anos. Alguns destes indivíduos podem permanecer estáveis e até recuperar de defeito cognitivo, mas refere que mais de metade converte o defeito cognitivo em demência num espaço de 5 anos, sendo que o subtipo de DCL mnésico parece ser o que apresenta maior risco de conversão em doença de Alzheimer. Aconselha ainda como forma de prevenção de defeito cognitivo o controlo de factores de risco como por exemplo a hipertensão.
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Guerreiro, M. Testes de rastreio de defeito cognitivo e demências: uma perspectiva prática – Rev. Port. Clin. Geral, 2010, 26:46-53	Revisão da literatura		Revisão da literatura sobre testes rastreio de defeito cognitivo	A autora defende neste artigo que o conhecimento precoce de defeitos cognitivos e demência é fundamental para o sucesso do diagnóstico, prognóstico e intervenção farmacológica e não farmacológica. Como nos serviços de saúde em geral os profissionais têm dificuldade em dispor de tempo para realizarem os testes necessários ao rastreio cognitivo, a autora propõe alguns testes de aplicação fácil, rápida e fiável. Assim conclui que o MMSE é o teste mais utilizado e que apesar da sua sensibilidade para DCL ser relativamente baixa quando associado ao CDT sobe para mais de 75%. Aconselhando pois a sua utilização combinada. Outra alternativa é a utilização do Mocatest, o teste de rastreio

				cognitivo desenvolvido em Montreal, Canadá.
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Petersen, R.C.; Negash, S. Mild Cognitive Impairment: An Overview. <i>CNS Spectr.</i> 2008, 13(1) pp. 45-51.	Revisão sistemática literatura		Revisão sistemática literatura	Neste artigo Petersen faz uma revisão do conceito de DCL, apresentando os critérios de DCL, o algoritmo de diagnóstico e os subtipos de DCL. Faz ainda uma previsão da evolução do DCL em função da sua etiologia e do subtipo e indica alguns factores para o sucesso do tratamento, quer a estimulação cognitiva, quer a nível nutricional e de actividade física.
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Harvan, J.; Cotter, V. An evaluation of dementia screening in the primary care setting. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.</i> 2006, Vol. 18, pp. 351-360.	Revisão sistemática literatura		Análise de bases de dados Medline, CINAHL, BIOSIS, PsycINFO. Dos 581 artigos encontrados, 20 foram considerados relevantes.	Este artigo propõe-se analisar de que forma a demência é avaliada nos cuidados de saúde primários. Conclui que o MMSE é um instrumento com grande sensibilidade e especificidade para avaliação de indivíduos com mais de 65 anos. Conclui que o CDT e o MMSE associados potenciam a sua capacidade de avaliação cognitiva. Como a demência e as alterações cognitivas são e serão cada vez mais comuns, os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários devem estar cada vez mais atentos a esta realidade e deverão no seu dia-a-dia utilizar estes testes como meio de rastreio.
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Costa, E.C.; Nakatani, A.; Bachion, M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. <i>Acta Paulista Enfermagem.</i> 2006, 19, Vol. 1, pp. 43-48.	Estudo descritivo transversal	95 Utentes com idades entre 65 e 69 anos pertencentes a uma comunidade em Goiânia	Aplicação de entrevista e avaliação de AVD e AIVD	Neste estudo os autores propõe-se identificar as características sociais e demográficas de idosos, bem como avaliar a sua capacidade para as actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária. Para tal desiderato recorreram à utilização do Índice de Lawton e do Índice de Barthel que demonstraram ser fiáveis para avaliar estas áreas. Concluíram que a maioria dos idosos é autónoma para as actividades que desenvolvem no seu domicílio, apresentando algum tipo de

				dependência nas actividades fora do seu domicílio.
Autor - artigo	Tipo Estudo	População e amostra	Metodologia	Resultados
Petersen, R.C.; Knopman, D.; Boeve, B.; Geda, Y. et al. Mild Cognitive Impairment: ten years later. <i>Arch Neurology</i> . 2009. December, 66(12):1447-1455	Revisão sistemática literatura		Revisão sistemática literatura	<p>Neste artigo Petersen e colaboradores fazem uma revisão da evolução do conceito e dos conhecimentos sobre défice cognitivo ligeiro. Nesta retrospectiva dos últimos 10 anos os autores referem que com o aumento do conhecimento foi possível reconhecer novas formas de demência, bem como uma fase pré-demência de disfunção cognitiva, o DCL.</p> <p>O DCL inicialmente estava associado a um score de 0.5 no CDR e a um estadio 2 ou 3 no GDS. Actualmente os critérios para DCL são queixas de memória preferencialmente corroboradas por um informante, domínio não cognitivo intacto com preservação das actividades de vida diárias e ausência de demência.</p> <p>Os estudos analisados demonstram ainda uma grande amplitude de prevalência da doença consoante a idade dos participantes, os países e os testes utilizados, podendo observar-se valores que variam de 5.3% na Finlândia num estudo de Hanninen em 2002 até aos 24.3% de Fisher em 2007 na Áustria.</p> <p>Foram ainda identificados como preditores da progressão de DCL para demência, a severidade clínica, o estado portador de ApEε4, marcadores bioquímicos compatíveis com demência e imagem amilóide positiva nos exames imagiológicos.</p>

Tabela 3 – Tabela resumo dos artigos seleccionados para o Estado Arte

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

Neste capítulo faz-se uma abordagem da metodologia seguida neste estudo de investigação. São definidos o tipo de estudo, a questão de investigação e os objectivos do estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, bem como a estratégia de recolha e análise de dados.

A fase inicial dum estudo é a definição da problemática a estudar (Fortin, 1999). Este problema deve ser do interesse do investigador, mas ao mesmo tempo deve revelar-se importante para a disciplina que se quer estudar.

Como estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e como Enfermeiro numa Unidade de Saúde Familiar, as questões relacionadas com o envelhecimento e as suas consequências, bem como a necessidade de conhecer melhor a população a quem se presta cuidados foram as inquietações que estiveram na base da escolha do tema. Emergiram assim as temáticas cognição e funcionalidade.

Desta forma optou-se por realizar um estudo que permitisse conhecer e caracterizar melhor essa realidade, nomeadamente, através da aplicação dum instrumento que permitisse caracterizar a cognição e a funcionalidade dos utentes nascidos entre 1937 e 1947 inscritos na Unidade Saúde Familiar escolhida para este estudo, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos.

1.1 Tipo de Estudo

Tendo em conta a problemática que se pretende estudar neste projecto, a pergunta de partida e os objectivos estabelecidos, opta-se por realizar um estudo transversal, e de natureza exploratório-descritivo.

Justifica-se esta opção com o facto de um estudo exploratório, permitir aprofundar conhecimentos sobre uma determinada realidade e produzir descrições sobre os eventos

investigados, sugerindo explicações e hipóteses (Fortin, 1999). Esta descrição dos eventos tem como finalidade esclarecer ou modificar conceitos e permite obter uma visão geral acerca de determinado facto (Gil, 1999).

Descritivo porque pretende procurar novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação (Fortin, 1999). O método descritivo permite além da descrição das características de determinada população ou fenómeno, a possibilidade de estabelecer relações entre variáveis (Gil, 1999).

Transversal porque se prevê um único momento para a recolha de dados (Fortin, 1999).

O método quantitativo é o que melhor se adapta à compreensão do fenómeno a estudar, pois os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo, procurando assegurar uma representação da realidade, para que estes dados possam ser generalizados a outras populações (Reidy et al., 1999).

Assim pretende-se recolher factos e estudar as suas relações, inquirindo um conjunto de pessoas representativas da população (Quivy et al., 2003) realizando uma série de perguntas, que com a ajuda de técnicas científicas produzam conclusões quantitativas e que possam ser generalizáveis (Bell, 2004).

1.2 Questão de Investigação e Objectivos do Estudo

Qualquer investigação inicia-se pela formulação dum problema, que acaba por levar à formulação da questão de investigação (Fortin, 1999).

“Quais as características da funcionalidade e da função cognitiva dos idosos inscritos numa Unidade Saúde Familiar?”, é neste estudo a questão inicial ou objectivo geral.

Desta forma os objectivos específicos deste estudo são:

- Identificar as características sociodemográficas dos participantes, nomeadamente idade, sexo, escolaridade, escolaridade dos pais, hábitos lúdicos e recreativos, antecedentes pessoais, hábitos nocivos;

- Caracterização a cognição através do desempenho no Exame Breve Estado Mental (MMSE), Teste Relógio (TR) e Escala Avaliação Demência (EAD);
- Caracterizar a capacidade funcional dos participantes através da análise da pontuação obtida no Índice Barthel e Índice Lawton;
- Analisar a relação entre a função cognitiva e capacidade funcional com algumas características sociodemográficas e com o desempenho nos diferentes testes;
- Qual a percepção sobre a qualidade de vida, capacidade para fazer face ao dia-a-dia e estado saúde dos participantes;

1.3 Variáveis

Variáveis são características ou qualidades de um determinado sujeito ou objecto que são passíveis de ser estudadas e analisadas numa investigação (Fortin, 1999).

Sendo as unidades base da investigação, as variáveis podem ser representadas por qualidades, características ou propriedades de objectos, pessoas ou situações (Polit, et al., 2011).

Existem diversos tipos de variáveis como variáveis independentes, dependentes, de atributo, estranhas, para dar alguns exemplos. A variável independente é a variável que produz efeito na variável dependente, ou seja, aquela que após manipulação altera o resultado da variável dependente (Polit, et al., 2011).

Neste estudo são variáveis independentes a idade, sexo, escolaridade, entre outras características sociodemográficas, os antecedentes pessoais, os hábitos lúdicos e recreativos e os consumos nocivos e o desempenho nos diversos testes e escalas.

A variável dependente é definida como a característica que surge ou se altera quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (Polit, et al., 2011). Neste estudo as variáveis dependentes são o nível cognitivo e o nível funcional.

1.4 Instrumentos de colheita de dados

Tendo em consideração o tipo de estudo e o que se pretende analisar, procedeu-se à selecção de instrumentos que permitissem dar resposta à questão inicial do estudo.

Recorrendo a instrumentos existentes, construiu-se um questionário constituído por uma primeira parte com questões relacionadas com as características sociodemográficas, como a idade, o sexo, escolaridade, antecedentes e hábitos lúdicos e recreativos dos utentes, dando resposta a uma das questões de investigação e uma segunda parte constituída pelos Exame Breve do Estado Mental, Teste do Relógio, Escala de Avaliação da Demência, Índice de Barthel e Índice de Lawton (Anexo II).

Com este instrumento, que agrega todas estas actividades e questões, procurou-se simplificar e objectivar a sua implementação junto da amostra seleccionada.

Realizou-se o pré-teste num número reduzido de participantes, atendendo ao facto dos instrumentos serem de fácil aplicação e comumente aceites. Testou-se a aplicabilidade do instrumento, as dificuldades nas respostas e o tempo necessário. Não foram introduzidas alterações na versão definitiva do questionário.

A primeira parte do questionário inclui variáveis de carácter sociodemográfico, como a idade, escolaridade, sexo, escolaridade dos pais, consumos nocivos, antecedentes pessoais e hábitos lúdicos e recreativos, permitindo dar resposta ao primeiro objectivo específico do estudo.

A idade é descrita em anos completos e o sexo definido em masculino e feminino. A escolaridade vem descrita em anos de ensino para posteriormente se poder apresentar segundo os critérios dos limites estabelecidos na validação do MMSE para a população portuguesa. A escolaridade dos pais como se apresenta apenas como uma variável de caracterização foi definida de forma dicotómica como sabe ler/não sabe ler.

A classificação dos antecedentes pessoais divide-se em doenças cardiovasculares, obesidade, depressão ou outra doença do foro mental, neoplasia, diabetes, doença osteoarticular ou muscular, multipatologia e nada a assinalar. Os hábitos lúdicos estão classificados de acordo com: apenas utilização de recursos físicos, apenas utilização de recursos cognitivos, utilização de recursos e físicos e cognitivos e sem actividade lúdicas e recreativas enunciadas.

Por forma a perceber a percepção do utente relativamente à sua saúde, capacidade para fazer face ao dia-a-dia e qualidade de vida, incluíram-se três questões no final do questionário, recorrendo-se a uma escala de Likert pontuada de 1 a 5, sendo que 1 equivale a Muito Má, 2-Má, 3-Razoável, 4-Boa e 5- Muito Boa. Com o recurso a uma escala de Likert foi possível objectivar as respostas e tornar mais fácil a sua mensuração e interpretação.

Esta parte do inquérito justifica-se pelo facto de segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), a saúde ser uma sensação global de bem-estar a diferentes níveis, como o nível físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade. Assim através da procura da percepção que cada participante tem da sua qualidade de vida, da saúde e da sua autonomia é possível compreender melhor e caracterizar melhor esta amostra.

1.5 Escalas utilizadas

Na realização deste estudo optou-se por recorrer a três testes de avaliação da capacidade cognitiva. Da literatura consultada, no início de 2012, na base de dados EBSCOhost, após análise dos resumos dos artigos mais citados disponíveis em texto completo e de acesso livre, emergiram como sendo úteis, fiáveis, fáceis de aplicar, bem aceites pelo doentes e sensíveis a alterações das diversas funções cognitivas o Exame Breve Estado Mental, conhecido pela abreviatura anglo-saxónica MMSE (Mini Mental State Examination), o Teste do Relógio, conhecido por CDT (Clock Drawing Test) e a Escala de Avaliação da Demência (EAD), conhecida como CDR (Clinical Dementia Rating).

O exame breve do estado mental (MMSE) é o mais citado na literatura internacional (Guerreiro, 2010), como um instrumento comumente aceite para ser utilizado tanto a nível hospitalar, como comunitário para avaliar a cognição (Wood et al., 2006).

Foi criado por Folstein e colaboradores em 1975 e traduzido para português pela Professora Manuela Guerreiro em 1994 encontrando-se em acesso livre (Sequeira, 2007).

O MMSE é uma prova de rápida aplicação, que permite avaliar o grau de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas (Lonie et al., 2009). Permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, bem como a linguagem, evocação e habilidade

construtiva (Sequeira, 2010). A literatura refere ainda que o desempenho obtido no MMSE é um forte preditor de alteração cognitiva e mesmo demência (Harvan et al., 2006).

O MMSE tem uma pontuação até 30 pontos repartidos pelos seus diversos domínios, como sejam, a orientação espacial e temporal (10 pontos); a memória que é mensurada pela retenção de palavras (3 pontos) e sua posterior evocação (3 pontos); a atenção e o cálculo (5 pontos); a linguagem que é avaliada pela denominação (2 pontos), a repetição (1 ponto), a leitura (1 ponto), a escrita (1 ponto) e a compreensão que avalia em simultâneo a praxia (3 pontos); e a habilidade construtiva (1 ponto).

É aceite, ainda que com algumas restrições (Beinhoff, 2005), que pontuações iguais ou inferiores a 15 pontos em indivíduos analfabetos, iguais ou inferiores a 22 em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e pontuações iguais ou inferiores a 27 pontos em indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade são preditores de defeito cognitivo (Guerreiro 2010 cit. por Sequeira, 2010).

Alguns autores referem que se deve recorrer a um corte de pontuação no desempenho do MMSE mais baixo (Morgado et al. 2010). Pontuação de 23 e 24 para indivíduos com escolaridade entre 1 e 11 anos pode ser predictor de défice cognitivo ligeiro (Harvan et al., 2006; Haubois et al., 2011).

O teste do relógio (CDT) também aparece descrito nos estudos como sendo útil principalmente para avaliação de funções executivas, inclusive como complemento do MMSE (Nitrini et al., 2005).

O teste do relógio é um teste de rápida aplicação e cujos resultados traduzem o padrão de funcionamento dos lobos frontal e temporo-parietal. As disfunções executivas podem preceder os distúrbios de memória nas demências. Pacientes com resultados normais no MMSE podem ter severas limitações funcionais demonstradas no teste do relógio (Lonie et al., 2009).

Existem diversas apresentações para o CDT, mas mais em relação à sua pontuação e não em relação à sua execução.

O CDT consiste em pedir a um indivíduo que desenhe um mostrador de relógio com todos os números e que marque uma hora previamente estabelecida (Nitrini et al., 2005).

A pontuação é que é variável tendo-se optado para este estudo pelo método de Shulman (1993) com a seguinte pontuação para avaliação no desempenho do CDT:

- 5 Pontos: Perfeito, sem erros;
- 4 Pontos: Pequenos erros espaciais com dígitos e hora correctos;
- 3 Pontos: Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora;
- 2 Pontos: Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorrecta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso;
- 1 Ponto: O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
- 0 Pontos: Inabilidade absoluta de representar o relógio;

Pontuações de 3 ou menos pontos podem ser preditivas de alterações cognitivas (Shulman et al., 1993).

A utilização combinada do MMSE e do CDT parece ser um instrumento válido de avaliação de défices cognitivos ligeiros e eventuais demências (Zhou, 2008). Parece correcto afirmar-se que a utilização conjunta destes instrumentos acaba por potenciar as capacidades avaliativas individuais de cada um, compensando eventuais limitações na avaliação de alterações cognitivas (Petersen et al., 2008).

A Escala de Avaliação da Demência (EAD), desenvolvida por Hughes et. al. (1982) e traduzida e validada para Portugal pelo Grupo Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências em 2003 (Garrett et. al., 2003) é um questionário que avalia seis categorias, nomeadamente, a memória, orientação, juízo e resolução de problemas, actividades sociais e actividades domésticas, bem como o cuidado pessoal. A memória é uma categoria primária tendo ascendente sobre todas as outras (Sequeira, 2010).

É, também, muito utilizado quer em contexto clínico quer em contexto de investigação.

A sua inclusão neste estudo deve-se ao facto de cruzar queixas de memórias com queixas na execução de actividades sociais, domésticas e com o cuidado pessoal o que poderia ser útil também na caracterização da capacidade funcional dos idosos.

Está pontuada de normal (0), suspeita (0,5) e diferentes estadios demenciais como ligeiro (1), moderado (2) e severo (3), sendo que uma pontuação de 0,5 indicia défice cognitivo ligeiro (Petersen, 2004)

A CDR apresenta confiabilidade global moderada a alta para avaliação da demência de uma forma geral, ainda que mais limitada na avaliação da demência inicial. Com alguma prática a CDR pode ser utilizada como instrumento de diagnóstico e classificação da demência quanto ao seu grau de severidade, além de poder ser utilizada para detecção do comprometimento cognitivo ligeiro, ou exclusão de ambos quando utilizada juntamente com o MMSE (Maia et al., 2006).

Muitos outros exames, testes, escalas e questionários poderiam ter sido aqui explicitados como meios de avaliar a demência, quais os seus défices, etc., no entanto, a escolha recaiu sobre os instrumentos atrás citados por serem mais conhecidos, práticos, igualmente fiáveis (Aprahamian et al., 2008) e serem mais fáceis de encontrar na realidade portuguesa (Guerreiro, 2010).

O Índice de Barthel é um instrumento que serve para avaliar o grau de independência de um indivíduo na realização de dez actividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo vesical e intestinal, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney et al., 1965).

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de independência de um indivíduo na realização de oito actividades instrumentais de vida diária: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, utilizar os transportes, gerir dinheiro e gerir a medicação (Sequeira, 2010).

O Índice de Barthel tem uma pontuação total de 100 pontos, correspondentes a um grau de total de independência, considerando-se a existência de dependência a partir de uma pontuação inferior a 90 pontos. Desta forma, pontuações entre 0 e 20 pontos correspondem a total independência, de 20 a 35 pontos a dependência severa, 40 a 55 moderadamente dependente, entre 60 e 90 ligeiramente dependente (Mahoney et al., 1965).

O Índice de Lawton tem uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. A pontuação de 8 pontos corresponde a um grau de independência total, de 9 a 20 pontos a um nível de dependência moderada, necessitando a pessoa de ajuda para as tarefas e, pontuações acima de 20 pontos correspondem a grau de dependência elevada (Lawton e Brody, 1969).

1.6 População e Amostra

Para a realização dum estudo de investigação é necessário definir a população que pretendemos estudar, ou seja, aqueles indivíduos com características comuns onde se irá realizar a recolha de dados (Fortin, 1999).

A definição da dimensão da amostra é sempre uma etapa difícil e complexa. Se a amostra for muito reduzida, os resultados do estudo poderão não ser generalizáveis à população, podendo ser apenas válidos para a amostra.

A dimensão da amostra varia com o tipo de investigação, no entanto, para um estudo descritivo uma amostra mínima de 10% é considerado aceitável (Evaristo, 2006), devendo sempre considerar-se outros factores como o custo, o erro tolerável, a precisão pretendida e o plano de investigação.

Uma amostra diz-se representativa de uma população relativamente a uma característica, se não houver qualquer razão para duvidar que o valor dessa característica possa diferir da amostra para a população (Núcleo Investigação da APMCG).

Para seleccionarmos os elementos da amostra, pode-se optar por uma amostra aleatória, a partir duma listagem já existente e assim podemos identificar e convocar por telefone, carta, entre outros meios, os elementos pretendidos, de modo a desencadear o processo de recolha de dados (Evaristo, 2006).

A população do estudo corresponde a 1202 utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar, escolhida para se desencadear o estudo, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos.

Para o cálculo da amostra devem ser tidos em conta diversos factores como o desvio padrão, a prevalência provável do fenómeno que resulta da análise e revisão sistemática de estudos anteriores, o grau de confiança do estudo, entre outros factores como tempo disponível, custos, etc.

Assim, e como as prevalências reportadas em diversos estudos variam de um mínimo de 3% e um máximo de 15% (Lonie et al., 2009; Nunes et al. 2010; Petersen et al., 2009), optamos por determinar o valor de 10% de prevalência, um intervalo de confiança de 95% e um desvio padrão de 5%.

Recorreu-se ao programa estatístico WinPepi (PEPI-for-Windows), disponível gratuitamente online, para calcular a dimensão da amostra. O valor obtido seguindo os pressupostos atrás enunciados foi de 125 utentes.

Para seleccionar os utentes a convocar para a recolha de dados, foi criada uma base de dados com todos os utentes nascidos entre 1 de Janeiro de 1937 e 31 de Dezembro de 1947 por ordem de inscrição na Unidade de Saúde Familiar.

Como se pretende obter uma amostra pelo método de amostragem aleatória sistemática, a partir desta listagem da população escolheu-se os indivíduos para incluir a amostra de X em X números.

Assim dividimos o tamanho da população, 1202 utentes, pelo tamanho da amostra, cerca de 125 utentes, e determinados a amplitude de intervalo entre os elementos inscritos na lista, neste caso 9,6, pelo que se optou por convocar os utentes de 10 em 10 elementos, até se atingir a dimensão da amostra pretendida.

Os utentes seleccionados foram depois convocados por carta (Anexo III) e repetiu-se o processo até se atingir o valor pretendido. Neste estudo foi necessário convocar 192 pessoas ao longo de 6 semanas, abrangendo os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2012, para se obter resposta de 126 utentes. Estes 126 utentes constituem a amostra que vai ser analisada.

A selecção de utentes foi feita tendo em conta os seguintes critérios de inclusão, nomeadamente:

- Ser utente inscrito na Unidade Saúde Familiar;
- Ter nascido entre 1 Janeiro de 1937 e 31 de Dezembro de 1947;
- Ausência de défices auditivos e visuais, com impossibilidade dos utentes de responderem às questões colocadas;
- Assinar o documento de consentimento informado;

1.7 Estratégia de recolha e análise de dados

Nesta investigação o método de colheita de dados que se pretende implementar para dar resposta ao problema enunciado será o de aplicar um conjunto de testes padronizadas e um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico.

Os métodos de recolha de dados produzem uma multiplicidade de dados, pelo que o investigador necessita de os estruturar, para facilitar o seu acesso e o processo de análise (Fortin, 1999).

Neste estudo o processo de análise de dados será o de análise descritiva dos dados recorrendo a procedimentos estatísticos e com o auxílio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais, ou seja, o SPSS na sua versão 20.

As variáveis quantitativas são analisadas e o seu resultado expresso em médias, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis dicotómicas/categóricas são apresentadas em frequências absolutas e relativas.

Recorreu-se também à utilização de testes estatísticos T para comparação de médias entre grupos e a testes de associação entre variáveis como o coeficiente de Pearson ou o coeficiente de Spearman, consoante o tipo de variáveis e a sua normalidade.

Os coeficientes de correlação são medidas de associação entre variáveis, indicando que os fenómenos não estão ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Pestana e Gageiro, 2003). O seu valor varia de -1 a 1, sendo que quanto mais próximos dos extremos estiver o seu valor maior é a associação.

Os testes T permitem testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo em um ou dois grupos formados a partir de uma variável qualitativa. Os testes T requerem amostras normalizadas ou um $n > 30$ (Pestana e Gageiro, 2003).

1.8 Considerações éticas

Quando se enceta uma investigação, mesmo tendo por base a intenção do progresso científico e a descoberta de novos conhecimentos que permitam aumentar o leque de opções terapêuticas, temos de ter sempre por base garantias éticas e morais.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) através do seu artigo 81 invoca a necessidade de se proteger sempre os mais frágeis e vulneráveis durante o estudo de populações que normalmente estão física ou psicologicamente afectadas.

Assim, o respeito pela pessoa, pelos seus direitos e pela sua dignidade devem ser limites à investigação (Fortin, 1999). Além disso, o investigador deve garantir a confidencialidade dos dados e a forma como os mesmos são tratados (Almeida, et al., 2008).

Desta forma, durante o desenvolvimento deste projecto de mestrado foram tomadas todas as diligências por forma a garantir a protecção das pessoas e dos dados obtidos sobre as mesmas.

Elaborou-se um projecto onde se explica os objectivos da investigação, as etapas da mesma e as opções metodológicas para a colheita e análises de dados.

Foram requeridas as autorizações necessárias, nomeadamente do Conselho de Administração e Comissão de Ética da Unidade Local Saúde Matosinhos (Anexo IV), bem como elaborado o documento de explicação do estudo e do consentimento informado (Anexo I), para que todos os utentes soubessem a finalidade do estudo, e apresentaram-se todas as informações consideradas por estes pertinentes, por forma a obter-se o seu consentimento livre e esclarecido.

Na utilização de instrumentos e escalas durante este projecto teve-se a preocupação de recorrer a escalas que são do domínio público e estão em livre acesso, ou que tem a sua utilização autorizadas para fins clínicos e de investigação, por forma, a não colidir com direitos de autor.

PARTE III - RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo. Numa primeira parte apresentam-se os dados relativos à caracterização dos participantes a nível sociodemográfico e de história clínica, hábitos nocivos, entre outros dados. Numa segunda parte serão descritos os dados estatísticos relativos ao desempenho na avaliação cognitiva e funcional e, finalmente, numa terceira parte são apresentados os dados relativos às questões relacionadas com a qualidade de vida, estado de saúde e capacidade para fazer face ao dia-a-dia.

A amostra total deste estudo corresponde a 126 utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar. Os resultados obtidos com a aplicação do questionário de avaliação da cognição e funcionalidade junto destes utentes no âmbito deste projecto de mestrado estão estatisticamente descritos a seguir.

Iniciamos a abordagem estatística, pela caracterização sociodemográfica, analisando a variável sexo.

		Frequência	Percentagem
Sexo	Masculino	48	38,1
	Feminino	78	61,9
	Total	126	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos utentes por sexo

Como se pode constatar pela análise da tabela 3, o número de participantes do sexo feminino é superior ao masculino, totalizando 78 mulheres a que corresponde uma percentagem de 61.9% do total de inquiridos.

A segunda variável estudada foi a idade dos participantes.

		Frequência	Porcentagem	% Acumulada
Idades	65	19	15,1	15,1
	66	10	7,9	23,0
	67	11	8,7	31,7
	68	14	11,1	42,9
	69	11	8,7	51,6
	70	11	8,7	60,3
	71	12	9,5	69,8
	72	13	10,3	80,2
	73	9	7,1	87,3
	74	7	5,6	92,9
	75	9	7,1	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 4 - Idades dos participantes no estudo

Da análise da tabela da distribuição dos participantes por idade pode-se referir que houve uma distribuição relativamente homogênea das idades. A idade mais comum foram os 65 anos com uma frequência de 19 utentes, tendo a média de idades sido de 69.45 anos de idade e o desvio padrão de 3,156 anos. Constata-se ainda, pelo valor da mediana que é 69 anos, que existem sensivelmente o mesmo número de pessoas no intervalo entre os 65 e os 69 anos (65 pessoas) comparativamente ao intervalo que compreende as idades que vão dos 70 aos 75 anos de idade (61 pessoas).

Quanto à escolaridade dos participantes podemos observar:

		Frequência	Porcentagem	% Acumulada
Anos de escolaridade	0	6	4,8	4,8
	1	6	4,8	9,5
	2	4	3,2	12,7
	3	15	11,9	24,6
	4	77	61,1	85,7
	6	5	4,0	89,7
	7	4	3,2	92,9
	8	1	,8	93,7
	9	1	,8	94,4
	11	2	1,6	96
	12	1	,8	96,8
	14	3	2,4	99,2
	15	1	,8	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 5 - Número de anos de frequência do ensino

A média de anos de ensino é de 4,24 anos com desvio padrão de 2,636 anos. O participante que estudou menos, correspondente a analfabetismo, teve 0 anos de ensino e o que estudou mais frequentou 15 anos de ensino, sendo a moda (77 participantes) e a mediana 4 anos.

Se considerarmos a escolaridade por ciclos de ensino em 81% dos casos o número de anos de ensino variou entre os 1 e os 4 anos de ensino, tendo estes utentes sido considerados aptos para ler e escrever, pois apesar da exposição mínima à literacia, tiveram ensino formal do português. O 2º ciclo, aqui considerado dos 5 aos 7 anos de ensino e o 3º ciclo ou mais, considerado para mais de 8 anos de ensino, consideram-se grupos com escrita e leitura do português bem automatizadas.

		Frequência	%	% Acumulada
Ciclos	Analfabeto	6	4,8	4,8
	1ºciclo	102	81,0	85,7
	2ºciclo	9	7,1	92,9
	3ºciclo ou mais	9	7,1	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 6 - Categorias Escolares por ciclos

Seguidamente analisa-se a literacia dos pais dos participantes.

		Frequência	Percentagem
	Sabe ler/escrever	56	44,4
	Não sabe ler/escrever	70	55,6
	Total	126	100,0

Tabela 7 - Escolaridade dos pais dos participantes

Na tabela 7 é possível verificar que a maioria, cerca de 55.6%, dos pais dos participantes não sabia ler nem escrever. Comparando com os dados da Tabela 5 pode-se concluir que duma geração para a outra houve um salto qualitativo nas habilitações, passando as pessoas a frequentar a escola (81%) ainda que mantenham poucos anos de ensino (até 4 anos), correspondentes à instrução primária.

Quando avaliamos os hábitos lúdicos e recreativos dos participantes obtêm-se os seguintes valores:

	Frequência	Percentagem
Só utilização recursos cognitivos	8	6,3
Só utilização de recursos físicos	23	18,3
Utilização de recursos cognitivos e físicos	91	72,2
Sem actividades lúdicas enunciadas	4	3,2
Total	126	100,0

Tabela 8 – Hábitos Lúdicos/Recreativos

Se analisarmos os hábitos lúdicos e recreativos da amostra estudada, podemos verificar que uma maioria de 72.2% utiliza recursos cognitivos e físicos. A utilização de recursos físicos como o andar a pé ou realizar tarefas domésticas, é apontada por 18.3% dos utentes, sendo que as restantes categorias apresentam valores pouco significativos.

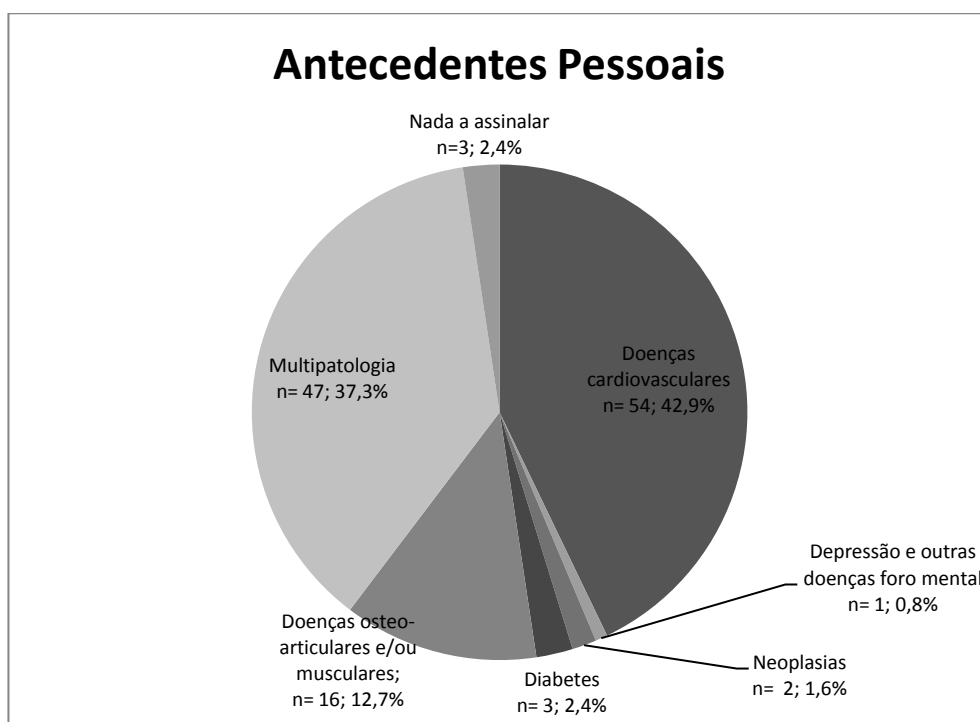


Gráfico 1: Antecedentes pessoais

Da análise do gráfico 1, correspondente aos antecedentes pessoais, verifica-se uma maioria de utentes que referem ter como antecedentes doenças cardiovasculares (42,9%) ou padecerem de multipatologia (37,3%). As doenças osteoarticulares são a terceira queixa clinica mais comum com 12,7% dos casos.

Teste do relógio

	Frequência	Percentagem
Inabilidade absoluta de representar o relógio	3	2,4
O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave	14	11,1
Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorrecta, sem ponteiros, com ponteiro em excesso	29	23,0
Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora	26	20,6
Pequenos erros espaciais com dígitos e hora correctos	16	12,7
Perfeito, sem erros	38	30,2
Total	126	100,0

Tabela 9 – Teste do Relógio

Quando analisámos as pontuações obtidas na resposta ao Teste do Relógio verificamos que a pontuação média obtida foi de 3,21 com um desvio padrão de 1,482. Se considerarmos a pontuação de Shulman et al. (1993) que é a utilizada para pontuar o Teste do Relógio neste questionário podemos concluir que 42,9% dos utentes não apresenta qualquer alteração na pontuação do teste que seja valorizável para efeitos de defeito cognitivo, que 20,6% apresentam uma pontuação de 3 pontos pelo que requerem mais estudos para avaliação da sua capacidade cognitiva e que 36,5% se mostraram incapazes de obter uma pontuação satisfatória, podendo este resultado ser preditor de alterações cognitivas que requerem melhor avaliação.

Exame Breve do Estado Mental

Seguidamente analisámos a pontuação obtida no Exame Breve do Estado Mental. Os resultados serão apresentados separando cada uma das componentes que constituem o MMSE e no final será apresentada a pontuação global obtida pelo somatório das diferentes partes avaliadas.

Serão ainda apresentados resultados sobre a relação do desempenho no MMSE com escolaridade dos participantes, a idade dos participantes e o desempenho entre utentes com e sem defeito cognitivo.

Iniciamos a abordagem pela orientação.

Orientação

		Frequência	Percentagem
Pontuação de 0-10	5	1	,8
	6	1	,8
	7	6	4,8
	8	13	10,3
	9	20	15,9
	10	85	67,5
	Total	126	100,0

Tabela 10 - Item orientação do MMSE

Pela análise da tabela 10 é possível verificar que as pontuações obtidas variam entre 5 e 10 pontos, sendo a média 9,42 e o desvio padrão de 0,999. Por outro lado, também podemos verificar que 93,7% dos inquiridos tiveram pontuação igual ou superior a 8, pelo que podemos concluir que a Orientação não é um domínio afectado.

Retenção

		Frequência	Percentagem
Pontuação			
	3	126	100,0

Tabela 11 - Item retenção do MMSE

Pela análise da tabela 11 é possível constatar que todos os utentes inquiridos responderam correctamente à questão de retenção tendo obtido todos a pontuação máxima de 3.

Atenção e Cálculo

		Frequência	Percentagem
Pontuação de 0 a 5	0	6	4,8
	1	1	,8
	2	2	1,6
	3	16	12,7
	4	22	17,5
	5	79	62,7
	Total	126	100,0

Tabela 12 - Item atenção e cálculo do MMSE

Pela análise da tabela 12, podemos verificar que a média de respostas se situa nos 4,25 pontos com um desvio padrão de 1,265. Verifica-se também que 80,2% dos inquiridos obtiveram respostas de 4 (17,5%) ou 5 pontos (62,7%), tendo como se verifica, a maioria dos utentes obtido pontuação máxima.

Evocação

		Frequência	Percentagem
	0	6	4,8
	1	14	11,1
	2	62	49,2
	3	44	34,9
	Total	126	100,0

Tabela 13 - Item evocação do MMSE

No critério evocação obteve-se como resultado mínimo 0 respostas certas e resultado máximo 3 respostas certas. Apenas 6 inquiridos (4,8%) tiveram 0 respostas, sendo 2 respostas correctas a pontuação mais verificada, num total de 62 participantes (49,2%).

Com 3 respostas certas, o máximo possível, há um total de 44 utentes, correspondente a 34,9%, pelo que 65,1% dos inquiridos apresentam algum tipo de falha na evocação.

Linguagem

		Frequência	Percentagem
	4	1	,8
	5	2	1,6
	6	13	10,3
	7	63	50,0
	8	47	37,3
	Total	126	100,0

Tabela 14 - Item Linguagem do MMSE

A nível da dimensão linguagem, verificou-se que 4 é a pontuação mínima, 8 a pontuação máxima e 7 a pontuação mais comum. A média de respostas é de 7,21, sendo o desvio padrão de 0,755. Verificamos, ainda, que 87,3% dos inquiridos obteve 7 ou mais

pontos na dimensão linguagem, sendo as pontuações iguais ou inferiores a 5, quase residuais.

Habilidade Construtiva

		Frequência	Percentagem
	0	57	45,2
	1	69	54,8
	Total	126	100,0

Tabela 15 - Item habilidade construtiva do MMSE

A nível da habilidade construtiva a pontuação possível era de 0 ou 1 ponto, consoante cumprisse ou não os critérios de cópia da imagem do MMSE. Assim verifica-se que há um equilíbrio nas respostas, sendo que 69 participantes (54,8%) conseguiram obter 1 ponto na dimensão habilidade construtiva. Deste modo pode-se concluir que 45,2% apresenta limitações a nível da habilidade construtiva.

Exame Breve Estado Mental

		Frequência	Percentagem	% Acumulada
Pontuação	17	2	1,6	1,6
	18	1	,8	2,4
	19	2	1,6	4,0
	20	1	,8	4,8
	21	1	,8	5,6
	22	4	3,2	8,7
	23	4	3,2	11,9
	24	11	8,7	20,6
	25	8	6,3	27,0
	26	10	7,9	34,9
	27	24	19,0	54,0
	28	26	20,6	74,6
	29	16	12,7	87,3
	30	16	12,7	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 16 - Desempenho global no MMSE

Na tabela 16 podemos observar as pontuações globais obtidas no MMSE após a soma das pontuações obtidas no desempenho das tarefas que compõem as diversas dimensões avaliadas.

A pontuação oscila de 17 até 30 pontos, que é a pontuação máxima possível. A média de pontuação é de 26,63 com um desvio padrão de 2,850 pontos. A pontuação mais obtida (moda) foi 28 pontos.

Verifica-se que cerca de 65% dos inquiridos obteve 27 ou mais pontos no MMSE e que se considerarmos a pontuação de 25 pontos como limiar entre alterações cognitivas e ausência de alteração cognitiva verificamos que cerca de 79% obteve 25 ou mais pontos de pontuação global no MMSE, correspondentes a 100 utentes.

Aos restantes 26 utentes que obtiveram um desempenho inferior a 25 pontos, devemos acrescentar o factor escolaridade. Como para analfabetos o ponto de corte é de 17 valores, nenhum participante analfabeto tem défice cognitivo.

De referir também que o ponto de corte para escolaridade superior a 11 anos é de 27 pontos mas nenhum dos 5 utentes teve desempenho inferior a 29 pontos no MMSE.

Escala de Avaliação da Demência

Seguidamente, analisamos o desempenho dos participantes na Escala de Avaliação da Demência. Segundo a tabela 17 podemos concluir que a maioria dos inquiridos, num total de 101 utentes (80,2%) não apresenta nenhuma queixa ou suspeita de alteração. No patamar seguinte, o correspondente ao grau de suspeita de demência obtivemos 23 participantes (18,3%) e apenas 2 utentes (1,6%) no grau de demência ligeira na escala de avaliação.

Escala Avaliação Demência

		Frequência	Percentagem	% Acumulada
Grau	Nenhuma	101	80,2	80,2
	Suspeita	23	18,3	98,4
	Ligeira	2	1,6	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 17 - Pontuação na Escala Avaliação da Demência

Após a exposição das características sociodemográficas dos utentes, dos seus antecedentes e do seu desempenho nos testes de avaliação da função cognitiva, procedeu-se à análise da relação entre algumas das variáveis em estudo consideradas relevantes para melhor se compreender as características cognitivas destes utentes.

Serão apresentados resultados sobre a relação do desempenho no MMSE com o desempenho no teste do relógio, com o desempenho na Escala de Avaliação da Demência, com a escolaridade, a idade dos participantes e o desempenho entre utentes com e sem defeito cognitivo.

Passamos à análise das relações entre o desempenho no TR e no MMSE.

			TR	MMSE
Spearman's rho	TR	Correlation Coefficient	1,000	,555**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	126	126
	MMSE	Correlation Coefficient	,555**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	126	126

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 18 – Correlação de Spearman entre TR e MMSE

Quando se procura verificar a correlação entre estas duas variáveis, através do cálculo da correlação Spearman verifica-se uma correlação positiva moderada de aproximadamente 0.56, ou seja, quanto maior o desempenho no MMSE maior é o desempenho no TR.

Para melhor se compreender estes dados, seguidamente apresentamos a tabela 19 onde se cruzam os desempenhos de cada utente no MMSE com a pontuação obtida no TR.

		Exame Breve Estado Mental																Total
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Teste do relógio	Inabilidade absoluta de representar o relógio	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3		
	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave	0	0	2	1	1	1	1	4	2	1	1	0	0	0	14		
	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorrecta, sem ponteiros, com ponteiro em excesso	1	0	0	0	0	3	0	3	3	0	8	9	1	1	29		
	Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	7	5	4	2	26		
	Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2	4	5	0	16		
	Perfeito, sem erros	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	6	8	6	13	38		
Total		2	1	2	1	1	4	4	11	8	10	24	26	16	16	126		

Tabela 19 - MMSE e Teste do Relógio

Da análise do cruzamento entre o resultado obtido pelos participantes no teste do relógio com o resultado obtido no MMSE verifica-se que os utentes com melhor desempenho no teste do relógio apresentam maiores pontuações no desempenho do MMSE.

Quando pretendemos compreender a relação entre o desempenho no MMSE e o factor escolaridade, podemos analisar por cruzamento de dados como se verifica na tabela 20 que os utentes escolarizados com MMSE igual ou inferior a 24 pontos que considerámos como o ponto de corte para pontuação de alterações cognitivas são 20 correspondendo a 15,9% do total da amostra.

MMSE e Escolaridade

	Exame Breve Estado Mental															Total
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Escolaridade	Analfabeto	0	1	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	6	
	Entre 1 e 4 anos de ensino	2	0	2	0	1	3	4	8	8	8	22	24	11	9	102
	Entre 5 e 11 anos de ensino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	3	4	13
	Mais de 11 anos de ensino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
	Total	2	1	2	1	1	4	4	11	8	10	24	26	16	16	126

Tabela 20 - MMSE e Escolaridade

			Escolaridade	MMSE
Spearman's rho	Escolaridade	Correlation Coefficient	1,000	,490**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	126	126
	MMSE	Correlation Coefficient	,490**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	126	126

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 21 – Correlação de Spearman entre MMSE e Escolaridade

Quando se pretende verificar a associação entre estas duas variáveis, verifica-se, segundo a correlação de Spearman, uma correlação moderada positiva bastante significativa entre escolaridade e desempenho no MMSE ($r_s=0,49$, $N=126$ e $p=0.0001$).

De seguida, apresenta-se a relação entre o desempenho no MMSE e a Categoria Idade.

MMSE e Categoria Idade

	Categoria de Idade	N	Média	Desvio Padrão
MMSE	Entre 65 e 69 anos	65	26,86	2,615
	Entre 70 e 75 anos	61	26,38	3,083

Tabela 22 – MMSE e Categoria Idade

MMSE e Idade

		Categoria de Idade		Total
		Entre 65 e 69 anos	Entre 70 e 75 anos	
MMSE	17	0	2	2
	18	0	1	1
	19	2	0	2
	20	0	1	1
	21	0	1	1
	22	3	1	4
	23	1	3	4
	24	7	4	11
	25	5	3	8
	26	4	6	10
	27	9	15	24
	28	16	10	26
	29	9	7	16
	30	9	7	16
Total		65	61	126

Tabela 23 – MMSE e Idade

Para facilitar a interpretação dos dados estatísticos agrupamos os utentes em duas categorias de idade. Uma para os utentes com idades entre os 65 e os 69 anos e outra entre os utentes com idades entre os 70 e os 75 anos. Esta divisão está de acordo com a média e mediana da amostra.

Quando analisamos o MMSE por categoria de idade verificamos que em média o grupo com idades entre os 65 e os 69 anos apresenta melhor desempenho ($M=26,86$ e $DP=2,615$) quando comparado com o grupo com idades entre os 70 e os 75 anos ($M=26,38$ e $DP=3,083$), no entanto, através do teste t – Student verificamos que não há diferenças estatísticas entre os participantes pois $t(124)=0,953$, $p=0,342$ ($p>0.05$).

Finalmente apresentam-se os resultados relativos ao cruzamento do desempenho no MMSE com o resultado na EAD.

Através do cálculo da correlação de Spearman, obtemos um valor de aproximadamente -0,64, ou seja, uma correlação negativa forte, indicando que as variáveis

estão inversamente relacionadas. Assim sempre que aumenta o desempenho no MMSE deverá diminuir a pontuação obtida na EAD.

Correlação Spearman

			MMSE	EAD
Spearman's rho	Exame Breve Estado Mental	Correlation Coefficient	1,000	-,635**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	126	126
	Escala Avaliação Demência	Correlation Coefficient	-,635**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	126	126

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 24 – Correlação Spearman (MMSE e EAD)

		Escala Avaliação Demência			Total
		Nenhuma	Suspeita	Ligeira	
MMSE	17	0	2	0	2
	18	1	0	0	1
	19	0	1	1	2
	20	1	0	0	1
	21	0	1	0	1
	22	1	3	0	4
	23	0	3	1	4
	24	3	8	0	11
	25	5	3	0	8
	26	8	2	0	10
	27	24	0	0	24
	28	26	0	0	26
	29	16	0	0	16
	30	16	0	0	16
Total		101	23	2	126

Tabela 25 – MMSE e EAD

Como se pode verificar pela análise da tabela 25, é entre os utentes com desempenho mais baixo no MMSE que o desempenho na EAD é mais alto. Dos 25

participantes com pior desempenho na EAD (Suspeita e Ligeira) nenhum teve desempenho no MMSE igual ou superior a 27 pontos.

Todos os utentes com défice cognitivo tiveram pontuação de 0,5 e 1 na EAD a que corresponde o grau de suspeita de demência ou demência ligeira.

Funcionalidade

Seguidamente irão ser analisados os dois Índices referentes à avaliação da Funcionalidade.

Como se pode concluir pela análise dos resultados do Índice de Lawton que permite avaliar as actividades instrumentais de vida diária, a pontuação oscilou entre os 8 pontos e os 27 pontos. A média de pontuação obtida foi de 9,31 pontos e o desvio padrão situou-se nos 2,818 pontos. Podemos ainda verificar que 65,1% da população apresenta um grau de total independência nas actividades instrumentais de vida diárias e que apenas 2 utentes têm pontuações compatíveis com dependência elevada (1,6%).

Índice Lawton

		Frequência	Percentagem	% Acumulada
Pontuação	8	82	65,1	65,1
	9	16	12,7	77,8
	10	8	6,3	84,1
	11	3	2,4	86,5
	12	1	,8	87,3
	13	5	4,0	91,3
	14	4	3,2	94,4
	15	3	2,4	96,8
	16	1	,8	97,6
	17	1	,8	98,4
	22	1	,8	99,2
	27	1	,8	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 26 - Pontuação obtida no Índice Lawton

Quanto à análise do Índice de Barthel, que permite a avaliação das actividades básicas de vida diária, a pontuação oscilou entre os 60 e os 100 pontos. A média das pontuações obtidas foi de 94,21 pontos com um desvio padrão de 8,909 pontos. De salientar que se for considerada a pontuação de 90 ou mais pontos como a pontuação indicativa de independência, verificamos que 84,9% dos utentes é independente nas suas actividades básicas de vida diária e que os restantes 15,1 apresentam dependência ligeira.

Índice Barthel

		Frequência	Porcentagem	% Acumulada
Pontuação	60	3	2,4	2,4
	70	2	1,6	4,0
	75	4	3,2	7,1
	80	4	3,2	10,3
	85	6	4,8	15,1
	90	14	11,1	26,2
	95	28	22,2	48,4
	100	65	51,6	100,0
	Total	126	100,0	

Tabela 27 - Pontuação obtida no Índice Barthel

Nesta fase da apresentação dos resultados relativos à funcionalidade, parece relevante procedermos à análise dos resultados obtidos nos Índices de Lawton e Barthel tendo em consideração a presença ou ausência de défice cognitivo e tendo também em consideração o factor idade.

Índice Lawton, Barthel e Déficit Cognitivo

	Déficit Cognitivo	N	Média	Desvio Padrão
Índice Lawton	Sem défice cognitivo	106	9,07	2,598
	Com défice cognitivo	20	10,60	3,589
Índice Barthel	Sem défice cognitivo	106	94,95	8,237
	Com défice cognitivo	20	90,25	11,295

Tabela 28 - Índice Lawton, Barthel e Cognição

Se analisarmos os resultados obtidos pela análise do cruzamento entre a categoria défice cognitivo e os índices de Lawton e Barthel, verificamos que em média os utentes sem défice cognitivo apresentam melhor resultados (IL: M=9,07 e DP= 2,598; IB: M=94,95 e DP= 8,237) do que o grupo com defeito cognitivo (IL: M=10,60 e DP= 3,589; IB: M=90,25 e DP= 11,295), no entanto, através do teste t – Student verificamos que para o Índice de Lawton ($t(22,900) = -1,823$ e $p=0,081$), não há diferenças estatísticas relevantes entre os dois grupos. Para o Índice de Barthel ($t(124) = 2,198$ e $p=0,030$) há diferenças estatísticas relevantes entre os dois grupos.

Índice de Lawton, Barthel e Idade				
	Categoria de Idade	N	Média	Desvio Padrão
Índice Lawton	Entre 65 e 69 anos	65	8,95	1,924
	Entre 70 e 75 anos	61	9,69	3,510
Índice Barthel	Entre 65 e 69 anos	65	95,08	8,592
	Entre 70 e 75 anos	61	93,28	9,214

Tabela 29 - Índice de Lawton, Barthel e Idade

Se analisarmos os resultados obtidos pela análise do cruzamento entre a categoria idade e os índices de Lawton e Barthel, verificamos que em média os utentes com idades entre os 65 e os 69 anos apresentam melhor resultados (IL: M=8,95 e DP= 1,924; IB: M=95,08 e DP= 8,592) do que o grupo com idades entre os 70 e os 75 anos (IL: M=9,69 e DP= 3,510; IB: M=93,28 e DP= 9,214), no entanto, através do teste t – Student verificamos que quer para o Índice de Lawton ($t(91,766) = -1,444$ e $p=0,152$) quer para o Índice de Barthel ($t(124) = 1,134$ e $p=0,259$) não há diferenças estatísticas relevantes entre os dois grupos.

Após a exposição das tabelas com os dados relativos à cognição e funcionalidade, seguidamente apresentam-se as tabelas relativas aos hábitos considerados nocivos para a saúde, bem como as tabelas de resultados relativos a “Percepção sobre saúde”, “Percepção sobre capacidade para fazer face ao dia-a-dia” e “Percepção sobre qualidade de vida”.

Hábitos Nocivos

		Frequência	Percentagem
	Sem hábitos nocivos	96	76,2
	Tabagismo	28	22,2
	Alcoolismo e Tabagismo	2	1,6
	Total	126	100,0

Tabela 30 - Hábitos Nocivos

Analisando a tabela referente aos hábitos nocivos, considerados factores de risco, verifica-se que 76,2 dos utentes não tem qualquer hábito nocivo, 22,2% referem o consumo actual ou passado de tabaco como hábito nocivo e que apenas 1,6% dos utentes referem ter problemas de alcoolismo e tabagismo. Nenhum utente manifestou sofrer de alcoolismo isoladamente.

Assim, e relativamente à Percepção sobre a Saúde, verifica-se que 58,7% dos participantes consideram a saúde Razoável e 33,3% a consideram Boa, sendo residual os participantes que a consideram Má ou Muito Boa.

Percepção sobre Saúde

		Frequência	Percentagem
	Má	6	4,8
	Razoável	74	58,7
	Boa	42	33,3
	Muito boa	4	3,2
	Total	126	100,0

Tabela 31 - Percepção sobre saúde

Analisando a tabela relativa à Percepção sobre Qualidade de Vida, constata-se que 49,2% a consideram Razoável e que 38,9% a consideram Boa, sendo mais uma vez residuais os valores atribuídos a Má ou Muito Boa qualidade de vida.

Percepção sobre Qualidade Vida

		Frequência	Percentagem
	Má	6	4,8
	Razoável	62	49,2
	Boa	49	38,9
	Muito boa	9	7,1
	Total	126	100,0

Tabela 32 - Percepção sobre Qualidade de Vida

Por fim, analisamos a Percepção da capacidade para fazer face ao dia-a-dia, verificando-se que 45,2% dos participantes consideram ter Boa capacidade para enfrentar o dia-a-dia, 37,3% consideram a sua capacidade Razoável e 15,1% consideram mesmo ter uma capacidade Muito Boa. Neste caso, apenas 2,4% dos utentes caracterizam a sua capacidade como Má.

Percepção sobre capacidade para fazer face ao dia-a-dia

		Frequência	Percentagem
	Má	3	2,4
	Razoável	47	37,3
	Boa	57	45,2
	Muito boa	19	15,1
	Total	126	100,0

Tabela 33 – Percepção sobre capacidade para fazer face ao dia-a-dia

A última tabela da apresentação de resultados refere-se ao facto dos utentes estarem ou não acompanhados no momento em que participaram neste estudo.

Utentes com/sem acompanhante

		Frequência	Percentagem
	Com acompanhante	39	31,0
	Sem acompanhante	87	69,0
	Total	126	100,0

Tabela 34 – Utentes com/sem acompanhante

Na Tabela 34 é possível verificar que dos 126 utentes que acederam participar no estudo, 69% não tinha acompanhante. Esta questão foi introduzida com a finalidade de corroborar eventuais queixas cognitivas dos participantes como explicitado nos critérios de Petersen (2001) para DCL. Como a grande maioria dos participantes não se fez acompanhar esta questão não será alvo de nenhum tratamento estatístico adicional.

2.DISSCUSSÃO

No capítulo da discussão pretende-se interpretar os resultados obtidos, que são considerados de maior relevo para o estudo. A finalidade da discussão é evidenciar as relações existentes entre os factores observados (Serrano, 2004).

Segundo Fortin (2009), neste capítulo deve-se realizar uma análise e reflexão de todo o processo de investigação.

Além da análise dos dados obtidos faz-se a sua comparação com outros estudos desenvolvidos sobre os mesmos temas.

A adesão dos utentes a este estudo foi de 65,62% pois participaram 126 utentes dos 192 utentes convocados. Esta percentagem de adesão é semelhante a outros estudos realizados nomeadamente por Nunes et al. (2004) também abrangendo o concelho de Matosinhos com uma adesão global ao estudo de 59,4% e na faixa etária dos 60 aos 76 anos de 71,2%.

Analisando as características sociodemográficas da amostra que constitui este estudo verificou-se que em 126 participantes, 78 são mulheres constituindo cerca de 61,9% do total de inquiridos. Também estes dados estão de acordo com o estudo de Nunes et al. (2004) onde se verificou uma maioria de participação feminina com cerca de 67%.

Relativamente às idades, a média global situa-se nos 69,45 anos, sendo 65 a idade mínima e 75 a idade máxima como descrito nos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. A moda e a mediana são os 69 anos. Segundo Nunes et al. (2004) a média dos estudos nacionais aponta para os 72,2 anos e, segundo Petersen (2003), nos estudos internacionais a média de idades varia dos 64 aos 74 anos, embora haja estudos com amplitudes de idade bem mais alargada que pode variar dos 50 aos 89 anos (Petersen et al, 2009).

Analisando a escolaridade, verificamos que 81% dos participantes tem entre 1 e 4 anos de escolaridade, num total de 102 participantes, havendo ainda 4,8% de analfabetos.

Este dado é revelador da baixa escolaridade da população nesta faixa etária e constitui-se como factor de risco para desenvolvimento de défice cognitivo ligeiro (Petersen, 2004; Ghetu, et al., 2010).

No estudo de rastreio cognitivo de Nunes et al. (2004) a escolaridade predominante entre os participantes também variou de 1 a 4 anos de escolaridade (71,2%) corroborando os dados deste estudo.

Nove utentes (7,1%) frequentaram o 2º ciclo (5 a 7 anos de ensino) e mais 9 utentes (7,1%) frequentaram o 3º ciclo ou mais (8 ou mais anos de ensino).

A escolaridade dos pais, não sendo factor de risco pois não há evidência de que seja um factor preditivo, também é baixa. Como se optou por caracterizar de forma dicotómica em sabe ler/escrever e não sabe ler/escrever, verificou-se que 55,6% não sabe ler/escrever/escrever. Apesar de tudo, e mantendo-se a freguesia de Matosinhos de carácter piscatório, nota-se que de uma geração para outra aumentou ligeiramente a escolaridade.

Analisando os hábitos lúdicos e recreativos, verificou-se que 72,2% dos inquiridos referem utilizar recursos físicos e cognitivos nos seus hábitos, ou seja, assistem a televisão, lêem jornais, passeiam, sendo que 18,3% só utilizam recursos físicos como andar a pé ou realizar tarefas domésticas. As restantes categorias apresentam valores residuais.

Estes dados são da máxima importância pois os estudos revelam que um dos factores de risco para o desenvolvimento de DCL são uma utilização pobre dos recursos cognitivos e físicos. Já a sua utilização parece ser um dos factores protectores principais (Nunes et al., 2007; Petersen et al., 2008).

Os antecedentes pessoais constituem-se maioritariamente por doenças cardiovasculares, doenças osteoarticulares e multipatologia. Esta última resulta da associação das duas anteriores e muitas vezes outras doenças, incluindo doenças mentais, diabetes, entre outras doenças.

De facto estas três categorias são responsáveis por 92,9% das respostas neste item. Estes dados estão em linha com duas características comuns da população portuguesa e do envelhecimento. Primeiro que existe uma grande percentagem de utentes que padecem de doenças cardiovasculares, o que contribuirá como refere Nunes et al. (2004) para que em Portugal a Demência Vascular tenha uma incidência e prevalência maiores em relação a outros países. Como segunda característica, podemos verificar que a multipatologia é efectivamente uma realidade do envelhecimento.

De forma geral estes dados são comuns noutros estudos do mesmo género e corroboram que estas doenças são de facto um factor de risco para o desenvolvimento de DCL (Nunes et al., 2004; Ghetu et al., 2010).

Quando analisamos a percepção sobre saúde, qualidade de vida e capacidade para fazer face ao dia-a-dia verificamos que a grande maioria dos utentes a consideram Boa ou Razoável em qualquer dos itens analisados.

Efectivamente a grande maioria dos idosos, mesmo o que apresentam critérios de DCL, não tem défices ou percepção do défice no seu quotidiano e nas suas actividades vida diária (Petersen et al., 2008), razão que leva muitas vezes a que os próprios, os seus familiares e, até mesmo, os profissionais de saúde não valorizem, nem detectem os sintomas subtis e não estejam tão atentos ao DCL (Petersen, 2003).

A análise das questões relacionadas com os hábitos nocivos, como o tabaco e o álcool, não se mostraram relevantes, pois 76,2% dos inquiridos referiram não ter qualquer consumo destas substâncias. Qualquer das maneiras, de forma empírica pensamos que estes dados carecem de análise futura, pois tradicionalmente nestas faixas etárias os consumos nocivos são superiores. Eventualmente o facto de a amostra ser maioritariamente feminina tenha levado a estes resultados, mas para uma aferição mais cuidada futuramente neste tipo de trabalhos dever-se-á incluir a consulta do processo clínico.

Para se realizar a avaliação cognitiva a amostra foi submetida a três instrumentos: ao Exame Breve do Estado Mental, ao Teste do Relógio e à Escala de Avaliação da Demência, pelas razões descritas anteriormente neste estudo.

Assim, a nível do MMSE, verifica-se uma pontuação média global de 26,63 pontos com um desvio padrão de 2,85 pontos, sendo 17 pontos a pontuação mais baixa e 30 a pontuação mais elevada, correspondendo também à pontuação máxima possível de atingir no MMSE.

Analisando o factor escolaridade, ou seja, cruzando o resultado obtido no MMSE com a escolaridade, verifica-se que para a ausência de escolaridade uma pontuação mínima de 17 pontos. Se tivermos em conta o valor de 15 pontos como a referência para DCL, nenhum

utente com ausência de escolaridade tem um desempenho compatível com defeito cognitivo.

Quando analisamos os utentes com escolaridades mais elevadas, ou seja, de 5 a 11 anos e mais de 11 anos também verificamos que nenhum tem critérios de DCL, pois a pontuação mínima para os primeiros foi de 26 pontos e para os segundos foi de 29 pontos.

Quando analisámos especificamente os utentes com pontuações iguais ou abaixo de 22 pontos no MMSE e cruzamos com o factor escolaridade verificamos que 8 utentes, correspondentes a 6,34% do total da amostra, tem desempenho compatível com defeito cognitivo. Estes dados são corroborados por outros estudos, nomeadamente, Nunes et al. (2004) onde 6 dos 102 participantes tinham pontuações semelhantes perfazendo 5,9%.

No entanto, e como definido para este estudo, a pontuação para défice cognitivo foi considerada a partir de 24 pontos ou menos no desempenho do MMSE (Harvan et al., 2006; Morgado et al., 2010; Haubois et al., 2011), pois tratando-se duma caracterização e sendo estes valores preditivos de defeito cognitivo consideramos benéfico ser mais exigentes e abranger mais indivíduos.

Se atendermos a estes critérios, na amostra de 126 participantes, são 20 os participantes o que correspondem a uma percentagem de 15,9% de casos.

Este valor está de acordo com outros valores obtidos em estudos similares quando se consideram estes pontos de corte no desempenho do MMSE (Nunes et al., 2010; Petersen et al., 2009).

Analisando os diferentes domínios avaliados no MMSE, verificamos que não há alterações significativas nos domínios da orientação, retenção e linguagem. Verifica-se que na evocação o valor obtido é de 2,14 em média com um desvio padrão de 0,797, mas analisando os utentes com critério de DCL esse valor baixa para uma média de 1,61 pontos.

Este valor no item evocação corresponde ao défice mais detectado e coaduna com os critérios estabelecidos para alterações de memória na DCL de domínio mnésico (Petersen, et al., 2008), pois apenas na retenção imediata não se verificou qualquer défice.

Outros dos domínios mais afectados são a atenção e cálculo e a habilidade construtiva.

Quando se avalia a relação entre a escolaridade e o MMSE através da correlação de Spearman verificamos que existe uma correlação positiva moderada ($r_s=0,49$).

Se avaliarmos a relação entre o desempenho no MMSE dos utentes com as idades entre os 65 e os 69 anos e o desempenho no MMSE com as idades entre os 70 e os 75 anos através do teste t-Student, obtemos um $p=0,342$ ($p> 0.05$) logo não há diferenças estatísticas entre os participantes.

Quando analisamos o teste do relógio verificamos, segundo a pontuação de Shulman et al. (1993) escolhida para este estudo que preconiza a pontuação de três como pontuação mínima para défice obtemos 36,5% de utentes com menos de três pontos e 20,6% com três pontos. Os restantes utentes tem todos pontuações superiores no desempenho do teste do relógio.

Do cruzamento entre a pontuação obtida no MMSE e no teste de relógio, verificamos que os indivíduos com uma pontuação no MMSE mais baixa obtiveram também as pontuações mais baixas no desempenho do teste do relógio. Estes dados são corroborados por estudos que apontam o MMSE e o TR como complementares (Nitrini et al., 2005).

Pela análise da correlação de Spearman ($r_s=0,56$) é possível verificar que existe uma correlação positiva moderada entre o desempenho no TR e no MMSE.

Os valores no desempenho do teste do relógio muito baixo em indivíduos com MMSE normais também aparecem descritos nos estudos (Lonie et al., 2009), mas neste estudo não foram exploradas as causas apesar de muitas vezes estas alterações nas funções executivas poderem preceder alterações cognitivas mais significativas.

Quando analisamos a EAD verificamos que 101 indivíduos (80,2%) não apresentam nenhuma alteração. Dos 25 utentes que têm alterações na EAD, 23 (18,3%) tem o grau de suspeita e 2 (1,6%) apresenta o grau de ligeira.

Todos os utentes com pontuação compatível com defeito cognitivo no desempenho do MMSE têm uma alteração na EAD. Nos restantes 5 participantes o valor de EAD não foi corroborado pelo desempenho pelo MMSE. O facto de não haver acompanhantes também não permitiu maior exploração das queixas. Estudos realizados por Montañó et al. (2005) na validação da EAD, para língua portuguesa, e por Maia et al. (2006) já demonstravam que por vezes há incongruências nos resultados obtidos na EAD e no MMSE.

Mesmo assim, neste estudo quando calculada a correlação de Spearman obteve-se um valor de $r_s= -0,64$, ou seja, uma correlação negativa forte entre MMSE e EAD.

Para caracterizar a Funcionalidade, recorreremos à utilização de duas escalas. Uma para a caracterização das Actividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton) e outra para as Actividades Básicas de Vida Diária (Índice de Barthel).

A pontuação média obtida no Índice de Lawton foi de 9,31 pontos com um desvio padrão de 2,81 pontos, sendo 8 a pontuação mínima e 27 a pontuação máxima.

A pontuação média obtida no Índice de Barthel foi de 94,21 pontos com um desvio padrão de 8,909 pontos, sendo 60 a pontuação mínima e 100 a pontuação máxima.

Estes dados demonstram um grau de autonomia e independência considerável entre os utentes avaliados para a realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida diária.

Estes dados são corroborados pelo critério clínico de diagnóstico de DCL que preconiza a não afectação do quotidiano dos indivíduos com DCL. Sendo estes na maioria dos casos assintomáticos quanto ao seu quotidiano a sua situação patológica fica encoberta, razão aliás pela qual o DCL passa muitas vezes despercebido quer aos familiares quer aos profissionais de saúde (Petersen et al., 2009).

Outros estudos mais dirigidos à avaliação da funcionalidade demonstraram que a diminuição da força muscular e a afectação da autonomia é mais afectada depois dos 75 anos (Lobo et al., 2007). Já Costa et al. (2006), num estudo que envolveu idosos entre os 60 e os 69 anos, avaliou o seu desempenho nas ABVD e nas AIVD concluiu que a maioria dos idosos nesta faixa etária apresenta bons níveis de independência no desempenho destas tarefas.

Além disso os autores são unânimes em afirmar que é entre os idosos institucionalizados que a dependência é maior (Lobo et al., 2007; Paúl, 1997), como este estudo é realizado na comunidade acaba por excluir esses idosos, não se sabendo se a sua inclusão poderia alterar os resultados. O mesmo é dizer que não foi possível avaliar o viés introduzido pelo método de abordagem ao utente que carecia duma deslocação à Unidade de Saúde Familiar.

3.CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da elaboração deste estudo várias conclusões podem ser retiradas, salientando-se aqui as principais e de maior relevância para a prática clínica.

Pela revisão da literatura verificou-se que o envelhecimento é uma realidade das sociedades actuais principalmente da portuguesa onde se prevê um agravamento desta realidade nas próximas décadas.

Os problemas e défices associados ao envelhecimento são cada vez mais comuns, acarretando grandes repercussões nos indivíduos e nas suas famílias.

A maioria dos profissionais que intervém nesta área considera a detecção precoce das alterações cognitivas a melhor forma de intervenção atempada, evitando maiores complicações e repercussões tão típicas destas doenças progressivas e degenerativas.

A população estudada com idades entre os 65 e os 75 anos, tem predominância do sexo feminino e a escolaridade mais comum varia entre 1 e 4 anos de ensino.

Como principais antecedentes de doença, estão as doenças cardiovasculares, as osteoarticulares e a multipatologia. Estas patologias, especialmente a cardiovascular, estão descritas como factor de risco para o desenvolvimento de DCL e demência.

Os antecedentes osteoarticulares ao aparecerem entre as principais queixas destes utentes pode significar que futuramente poderão desenvolver alterações ao nível da funcionalidade.

A maioria dos participantes (72,2%) utiliza recursos físicos e cognitivos nas suas actividades lúdicas e recreativas, o que pode ser considerado como um protector cognitivo.

Na avaliação do desempenho no MMSE e já contando com o factor escolaridade há 20 utentes (15,9%) com desempenho compatível com defeito cognitivo.

A nível da análise item a item do MMSE é possível concluir sem generalizações ambiciosas que os domínios atenção e cálculo, habilidade construtiva e principalmente a evocação são os mais afectados.

Ainda na função cognitiva no desempenho no TR, 42,9% dos utentes não apresentam alterações, mas 36,5% mostram-se incapazes de obter uma pontuação satisfatória.

Na EAD, 23 utentes apresentam o grau de suspeita e 2 utentes o grau demência ligeira.

O TR correlacionou-se com o MMSE, indicando que quanto melhor o desempenho no MMSE melhor o desempenho no TR.

A EAD também se correlaciona com MMSE, indicando que quanto melhor desempenho no MMSE mais baixa será a pontuação na EAD.

A nível da funcionalidade conclui-se que a maioria dos participantes é independente nas AIVD e ABVD.

Quando se analisa a percepção sobre a saúde, a qualidade de vida e a capacidade para fazer face ao dia-a-dia, os utentes classificam-se maioritariamente nos níveis razoável e bom.

Após a realização deste estudo, com o conhecimento destes resultados é possível retirar algumas implicações para a prática.

Este estudo vem demonstrar a necessidade dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental que exercem a sua actividade profissional a nível dos Cuidados Saúde Primários, de estarem sensíveis relativamente à avaliação da cognição do Idoso.

A literatura é clara sobre a necessidade de um diagnóstico precoce, pelo que o rastreio das pessoas com mais de 65 anos é uma necessidade emergente, pela evolução demográfica da população e pela maior sobrevida das pessoas com doença crónica.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, são detentores de conhecimentos e competências que lhes permitem fazer o rastreio do défice cognitivo, bem como executar intervenções de estimulação cognitiva em fases precoces.

Os estudos demonstram ainda que relativamente à área do défice cognitivo os maiores ganhos em saúde são ao nível da prevenção, na qual os Enfermeiros podem sensibilizar os idosos para a necessidade de adoptarem no seu quotidiano actividades cognitivas complexas mesmo após a reforma.

Do referido anteriormente decorre a importância de um rastreio em idosos de risco, ou mesmo, se possível em todos os idosos acima dos 65 anos. Só é possível intervir se formos capazes de fazer um diagnóstico adequado da realidade.

Este estudo revela uma prevalência de 15,9% de pessoas com défice cognitivo, o que por si só, justifica a necessidade de intervenção nesta área.

Por isso, os desafios futuros para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, são ao nível da sensibilização de todos os Enfermeiros para esta problemática e ao nível da sistematização de intervenções para esta população.

Para tal, neste caso específico, será realizada formação aos colegas Enfermeiros, por forma a familiarizá-los com os instrumentos de avaliação cognitiva e funcional bem como com os critérios de DCL de Petersen et al. (2001).

Perante a análise dos resultados obtidos, também se pode concluir que, nomeadamente em Portugal, pela escassez de estudos que ainda muito falta investigar sobre DCL.

Será este o desafio que fica para os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, que detêm um papel fundamental na detecção de problemas de saúde, promoção da saúde e na prevenção da doença ou, pelo menos, na manutenção/maximização pelo maior tempo possível de níveis de saúde e bem-estar nas pessoas.

4.LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sendo um estudo exploratório descritivo transversal, gostaríamos de ter contado com uma amostra maior, dando a possibilidade de maiores generalizações.

A falta de consenso na utilização de escalas e teste de avaliação sensíveis ao diagnóstico e caracterização de DCL poderá também constituir-se como uma limitação deste e de outros estudos.

O facto de a caracterização ser realizada unicamente por um Enfermeiro pode ser um factor limitador, pois parece-nos necessário neste tipo de estudos envolver outros profissionais de saúde, que possam recorrer a outros exames e técnicas, para melhorar se explorar os défices da população e, até, despistar eventuais falsos positivos ou negativos.

O envolvimento de um familiar ou acompanhante, que neste estudo não foi possível para todos os utentes, é fundamental para corroborar eventuais queixas, podendo também considerar-se uma limitação.

O facto de este estudo, em princípio, excluir os idosos institucionalizados, visto a convocatório ser enviada para casa, também deverá ser revista, por forma, a tornar mais abrangente a caracterização, principalmente a nível funcional.

5. BIBLIOGRAFIA

- Agrell B.; Dehlin, O.** The clock-drawing test. *Age and Ageing*. 1998, 27, pp. 399-403.
- Alexandre, N.; Coluci, M.** Valiade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011, 16(7), pp. 3061-3068.
- Almeida, L.S.; Freire, T.** *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. . 5ª Edição. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2008.
- Alzheimer Europe.** Alzheimer Europe. [Online] 2006. [Citação: 18 de 11 de 2011.] http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf.
- Alzheimer Portugal.** Alzheimer Portugal [Online] 2010. [Citação: 18 de 11 de 2011.] <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>.
- Andrade, F.M.** *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Instituto de Educação e Psicologia, Braga: Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado em Educação: Área de especialização em Educação para a Saúde.
- APMCG, Nucleo Investigação.** *Investigação Passo a Passo*. 1ªEd. s.l. : APMCG.
- Aprahamian, I.; Martinelli, J.E.; Rasslan, Z.; Yassuda, M.S.** Rastreio Cognitivo em Idosos para o Clínico. *Revista Sociedade Brasileira Clínica Geral*. 2008, Vol. 6, pp. 254-259.
- Apóstolo, J.L.A.** *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011.
- Araújo, F.; Ribeiro, J.L.P.; Oliveira, A.; Pinto,C.** Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 2007, Vol. 25, nº2, pp. 59-66.
- American Psychiatric Association.** - *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Rev. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- Barreto, J.** Prefácio. In Sequeira, C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto : Lidel, 2010.
- Beckman, A.G.; Parker, M.G.; Thorslund, M.** Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*. 2005, 59(2), pp. 186-191.
- Bell, J.** *Como realizar um projecto de investigação*. 3ª Ed. Lisboa : Gradiva, 2004.

Belleville, S.; Gilbert, B.; Fontaine, F.; Gagnon, L.; Menard, E.; Gauthier, S. Improvement of Episodic Memory in Persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2006, 22, pp. 486-499.

Bischkopf J.; Busse, A.; Angermeyer, M.C. Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand*. 2002, 106(6), pp. 403-414.

Brito, L. *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra : Quarteto Editora, 2002.

Burton, C.L.; Strauss, E.; Bunce, D.; Hunter, M.; Hultsch, D. Functional Abilities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Gerontology*. 2009, Vol.55(5), pp. 570-581.

Bustamante, S.; Bottino, C.; Lopes, M.; Azevedo, D.; Hototian, S.; Litvoc, J.; Filho, W. Instrumentos Combinados na Avaliação de Demência em Idosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003, 61,3A, pp. 601-606.

Pelegrin-Valero, C. e Olivera-Pueyo, J. Neuropsicología de deterioro cognitivo leve y de las demencias. In Marcos Rios Lago, Fernando Maestú Unturbe Javier Tirapu Ustarroz. *Manual de Neuropsicología*. Barcelona : Viguera Editores, 2008.

Caixeta, L. *Princípios gerais do diagnóstico das demências*. In Demências São Paulo : Lemos Editorial, 2004, pp. 79-88.

Caixeta, L.; Caixeta, M.; Neto, J. Neurocisticercose: forma psíquica e demência. *Revista Patologia Tropical*. 2004, Vol. 33, 1, pp. 33-44.

Campos, J. *Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado - Impacto da Accção do Enfermeiro no Processo de Transição*. Instituto das Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. 2008. Tese de Mestrado.

Cancela, D.M.G. O Processo de Envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*. [Online] 2007. [Citação: 16 de Novembro de 2011.] <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Castro, A.; Costa, V.; Estrela, J.; Ferrer, J.; Santos, E. Terapia de Reminiscência: uma psicoterapia de eleição no idoso. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Livro de actas*. 2009.

Chaves, M.L.F. Human Memory: clinical aspects and modulation by affective states. *Psicologia USP*. 1993, Vol. 4, 1/2, pp. 139-169.

Conselho Internacional de Enfermeiros. *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Costa, E.C.; Nakatani, A.; Bachion, M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista Enfermagem*. 2006, 19, Vol. 1, pp. 43-48.

Craig, J.V.; Rosalind, L.S. *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003.

Cummings, J.L.; Mega, M.; Gray, K. et al. The neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994, Vol. 44, pp. 2308-2314.

Cummings, J.L.; Cole, G. Alzheimer disease. *JAMA*. 2002, 287(18).

Damasceno, B.P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arq. Neuro Psiquiatr.* 1999, 57, pp. 78-83.

DeCarli, C. Mild Cognitive Impairment: prevalence, prognosis, etiology and treatment. *Lancet Neurol.* 2003, 2, pp. 15-21.

Delaganza, V.W. Pharmacological Treatment of Alzheimer's Disease: an update. *Arc Fam Physician.* 2003, 1; 68(7):1365-1373

Diário da República, I Série A - Nº 109. - Decreto-Lei Nº 101/2006. Artigo 27º. [Online] 6 de Junho de 2006. [Citação: 7 de Janeiro de 2012.] 3856-3865. <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>.

Diário da República, 1ª Série - Nº38. - Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Artigo 11º. [Online] 22 de Fevereiro de 2008. [Citação: 5 de Janeiro de 2012.] 3856-3865. <Http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>.

Direcção Geral Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2004.

Dochterman, J.; Bulechek, G. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2008.

Drachman, D.A. Aging and the brain: a new frontier. *Ann Neurol.* 1997, December, Vol. 42(6), pp. 819-828.

Driessnack, M.; Sousa, V.; Mendes, I. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2007, 15(5).

Driscoll, A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31, Nº5, pp. 1165-1173.

Elkin, M.; Perry, A.G.; Potter, P.A. *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2005.

Evaristo, A. Metodologia das Ciências Sociais: Métodos Quantitativos. Univ. Aberta [Online] 2006. <http://pt.scribd.com/doc/59676205/41039-Antonio-Evaristo>.

Faucounau, Y.H.; Boulai, M.; Rotrou, J.; Rigaud, A. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: a promising intervention tool for MCI? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010, 1, Vol. 14, pp. 31-35.

Feinberg, L. F. The State of the Art of Caregiver Assessment. *Generations*. 2003/2004, Vol. 27, Nº4, pp. 24-32.

Firmino, H. *Psicogeriatría*. Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006.

Folstein, M.; Folstein, S.; McHugh, P. Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975, 12, pp. 189-198.

Fonseca, A. *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa : Climepsi Editores, 2005.

Fontaine, R. *Psicologia do Envelhecimento*. [trad.] J. Almeida. Lisboa : Climepsi Editores, 1999.

Forlenza, D.V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Rev. Psiq. Clin.* 2005, 22(3):137-148

Fortin, Marie-Fabienne. *O processo de investigação*. Loures : Lusociência, 2003.

Fortin, Marie-Fabienne. *O processo de investigação - da concepção à realização*. 1ª. Loures : Lusociências - Edições Técnicas e Científicas Lda, 1999.

Fortin, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

Garrett C.; Santos, F.; Tracana, I. et al. Avaliação Clínica da Demência - tradução em português da Clinical Dementia Rating (CDR). In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Colaboração na UCB Pharma (Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos). *Escala e Testes na Demência*. Lisboa : s.n., 2003.

Gauthier, S.; Reisberg, B.; Zaudig, M.; Petersen, R.C. et al. Mild Cognitive Impairment. *Lancet*. 2006, Vol. 15, pp. 1262-69.

GEECD, Grupo Estudos Envelhecimento Cerebral e Demências - Escalas e Testes na Demência. 2ª. s.l. : Novartis, 2008.

Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C.; Langan, R.C. Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment. *Clinical Geriatrics*. 2010, Abril.

Gil, A.C. - *Método e técnicas de pesquisa social*. 5ª Ed. São Paulo : Editora Atlas SA, 1999.

Guerreiro, M.; Silva, A.; Botelho, M. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994, 9, Vol. 1.

Guerreiro, M. Testes de rastreio cognitivo e demências: uma perspectiva prática *Rev. Port. Clin. Geral*. 2010, 26, pp. 46-53.

Guerreiro, M. Neuropsicologia e Estimulação Cognitiva no Défice Cognitivo Ligeiro e Demências. *Alzheimer Portugal*. [Online] 2012. [Citação: 30 de Junho de 2012.] <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOne.asp?articleID=1426&categoryID=894>.

Hampel, H. Biomarkers for Alzheimer's disease therapeutic trials - review article. *Progress in Neurology*. 2011, Vol. 95, 4, pp. 579-593.

Hanninen, T.; Hallikainen, M.; Tuomainen, S.; Vanhanen, M.; Soininen, H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study of elderly subjects. 2002, Vol. 106, pp. 148-154.

Harding, R.; Higginson, I. J. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? a systematic literature review of intervention and their effectiveness. *Palliative Medicine*. 2003, Vol. 17, 1.

Harrisson, P.; Geddes, J.; Sharpe, M. *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria*. 1ª Edição Lisboa: Climepsi, 2006.

Harvan, J.; Cotter, V. An evaluation of dementia screening in the primary care setting. *Jouranal os the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006, Vol. 18, pp. 351-360.

Haubois, G.; Annweiler, C.; Launay, C.; Fantino, B. et al. Development of a short form of Mini Mental State Examination for screening dementia in older adults with memory complaint: a case control study. *BMC Geriatrics*. 2011, pp. 11-59.

Hughes, C.P.; Berg, L.; Danziger, W.L.; Coben, L.A.; Martin, R.L. A new clinical scale for staging of. *British Journal of Psychiatry*. 140, 1982.

Hulley, B.H.; Cummings, S.R.; Browner, W.C. et al. *Delineando a Pesquisa Clínica. Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2008.

Imaginário, C. *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra : Formasau, 2003.

INE - Instituto Nacional de Estatística - INE. *Indicadores Sociais, 2010*. [Online] 2010. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=132425996&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2.

INE, Instituto Nacional de Estatística - Crianças e idosos em Portugal - Seminário geracional. Lisboa : INE, 2007.

INE, Instituto Nacional de Estatística - O Envelhecimento e Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa : Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002.

INE, Instituto Nacional Estatística - Portal do Instituto Nacional de Estatística. [Online] Dezembro de 2011. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2.

INE, Instituto Nacional Estatística - Projecções de população residente em Portugal, 2008-2060. Lisboa : s.n., 2009.

Argimon, I.; Stein, L. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005, vol.21(1), pp. 64-72.

Ismail, Z.; Shulman, K. Avaliação cognitiva breve para a demência. [autor do livro] Firmino. *Psicogeriatria*. Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006.

Jean, L.; Simard, M.; Wiederkehr, S.; Bergeron, M.E. et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomised controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2010, 20(3), pp. 377-405.

Kinsella, G.J.; Mullaly, E.; Rand, E.; Ong, B.; Burton, C. et al. Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009, 80, pp. 730-736.

Kozier, B. *Técnicas em Enfermeria Clínica*. 4ª Edição. Madrid : McGraw - Hill, 1999. Vol. I.

Kurz, A.; Pohl, C.; Ramsenthaler, M.; Sorg, C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009, 24, pp. 163-168.

Lage, M. *Avaliação dos Cuidados Informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Universidade Católica Portuguesa. 2007. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem.

Lawton, M.P. e Brody, E. Assessement of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969, Vol. 9.

Lent, R.W. Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 2004, Vol. 51, 4, pp. 428-509.

Litvoc, J. Transtornos Cognitivos e Incapacidades. In Bottino, C.M.C. et al. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio Janeiro : Guanabara Koogan, 2006.

Lobo, A.; Pereira, A. Idoso Institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*. 2007 IIªsérie nº4, Junho

Lonie, J.; Tierney, K.; Ebmeier, K. Screening for mild cognitive impairment: a systematic review. [ed.] Wiley InterScience. 2009, Vol. 24, pp. 902-915.

Lourenço, R.; Veras, R. Exame Breve do Estado Mental - características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*. 2006, Vol. 40, 4, pp. 712-9.

Maia, L.; Correia, C.; Leite, R. *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de Caso e Instrumentos*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas Lda, 2009.

Maia, A.L.; Godinho, C.; Ferreira, E.A., Almeida, V. et al. Application of the Brazilian version of the CDR scale in samples of dementia patients. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2006, June 64(2B):485-9

Magalhães, J.C. *Defeito Cognition Ligeiro - Entidade de Risco para Doença de Alzheimer*. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Coimbra : s.n., 2007. Projeto de Engenharia Biomédica.

Magalhães, M.; Peixoto, J.; Gomes, I.; Rodrigues, B. et al. Risk factors for dementia in a rural área on. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2008, Vol.66, nº 2-A, pp. 157-162.

Mahoney, F.I. e Barthel, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965, Vol. 14, pp. 61-65.

Mariani, E.; Monastero, R.; Mecocci, P. Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2007, 12, pp. 23-35.

Marques, J. *Dificuldades dos familiares cuidadores na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas*. Universidade Católica Portuguesa. 2010. Dissertação de Mestrado.

Marques, S. *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra : Formasau, 2007.

Martin, M.; Clare, L.; Altgassen, A.M.; Cameron, M.H.; Zehnder, F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2011,1.

Martins, T.; Ribeiro, J.L.; Garrrt, C. Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003, Vol. 4, nº1, pp. 131-148.

Massano, J. *Envelhecimento Cerebral e Demência - actualização clínica*. Luso : GEECD, 2009.

Mathews, F.E.; Stephan, B.C.; McKeith, I.G.; Bond, J.; Brayne, C. Two-Year Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia: To What Extend do Different Definitions Agree? *The American Geriatrics Society*. 2008, 56, pp. 1424-1433.

Ministério da Saúde *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa : Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde Estratégias para a Saúde - Perfil da Saúde em Portugal (Versão Discussão). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Online] 15 de Abril de 2011. [Citação: 7 de Janeiro de 2012.] 1-15. http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp_15-04-2011.pdf.

Montaño, M.B.; Ramos, L.R. *Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating*. São Paulo : Centro de Estudos do Envelhecimento - Universidade de São Paulo, 2005.

Moraes, E.; Moraes, F.; Lima, S. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2010a, Vol. 20, 1, pp. 67-73.

Moraes, E.; Marino, M.; Santos, R. Principais síndromes geriátricas. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2010b, Vol. 20, 1, pp. 54-66.

Moraes, E. *Principios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte : Coopmed, 2008.

Morgado, J.; Rocha, C.S.; Maruta, C.; Guerreiro, M.; Martins, I.P. Cut-off scores in MMSE: a moving target? *European Journal of Neurology*. 2010, Vol.17.

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence Dementia: clinical guidelines, 2006.

Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bottino, C.; Damasceno, B. et al. Critérios diagnósticos e exames complementares: recomendações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia . *Arq. Neuropsiquiatr.* 2005 3:713-719

Nolan, M.; Keady, J.; Grant, G. Developing a typology of family care: implications for nurses and other services providers. *Journal of Advanced Nursing.* Fevereiro de 1995, Nº21.

Nunes, B.; Silva, R.; Cruz, V.; Roriz, J.; Pais, J.; Silva, M. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology.* 2010, 10, 42.

Nunes, B.; Cruz, V.; Pais, J.; Mateus, A. et al. Rastreio populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. *Sinapse.* 1, Maio de 2004, Vol. 4.

Nunes, B.; Pais, J. Doença de Alzheimer - exercícios de estimulação vol. I e II. 2007.

Oliveira, L. *Avaliação da efetividade de uma intervenção em promoção da atividade física e da saúde no ambiente escolar.* São Paulo : USJT, 2006.

Ordem dos Enfermeiros Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. [Online] Dezembro de 2001. [Citação: 4 de Novembro de 2011.] [Http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/padroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/padroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf).

Ordem dos Enfermeiros *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Portugal : Ordem Enfermeiros, 2003.

Ordem dos Enfermeiros Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. [Online] 26 de Abril de 2006. [Citação: 5 de Janeiro de 2012.] http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Organização Nações Unidas, ONU Plano Internacional para o Envelhecimento. [Online] 2003. [Citação: 6 de Julho de 2012.] <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/idoso1.pdf>.

Organização Mundial Saúde, OMS *Rapport sur la santé dans le monde: la vie au 21 Siécle. Une perspective pour tous.* Gêneve. s.l. : OMS, 1998.

Organização Mundial Saúde, OMS www.who.int. [Online] 2004. [Citação: 18 de 11 de 2011.] http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

Paixão, C.M.; Rechenheim, M. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idosos. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005, Vol. 21, pp. 7-19.

Paúl, C. *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio-ambiente.* Coimbra : Almedina, 1997.

Pedrosa, H.M.D. *Avaliação funcional em doentes com defeito cognitivo ligeiro - a escala ADCS MCI ADL*. Lisboa : Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2007.

Pereira, M. *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. 2009. Dissertação de Mestrado.

Perneckzy, R.; Pohl, C.; Sorg, C.; Hartmann, J. et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Aging*. 2006, 35, pp. 240-245.

Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. Lisboa : Edições Sílabo, 2003.

Petersen, R.C.; Smith, G.E.; Waring, S.C.; Ivnik, R.J. et al. Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurology*. 1999, 56: 303-308.

Petersen, R.C.; Stevens, J.C.; Ganguli, M. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology*. 2001, 56, pp. 1133-1142.

Petersen, R.C. Mild Cognitive Impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. 2004, 256, pp. 183-194.

Petersen, R.C. *Défice Cognitivo Ligeiro - O Envelhecimento e a Doença de Alzheimer*. Lisboa : Climepsi Editores, 2003.

Petersen, R.C.; Negash, S. Mild Cognitive Impairment: An Overview. *CNS Spectr*. 2008, 13(1) pp. 45-51.

Petersen, R.C.; Knopman, D.; Boeve, B.; Geda, Y. et al. Mild Cognitive Impairment: ten years later. *Arch Neurology*. 2009. December, 66(12):1447-1455

Petronilho, F. *A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora*. Lisboa : Universidade de Lisboa, 2008. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão Sistemática da Literatura.

Pinto, E; Peters, R. Literature Review of the Clock Drawing Test as a Tool for Cognitive Screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2009, 27.

Polit, D.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. São Paulo : Artmed Editora SA, 2004.

Portet, O.; Ousset, P.; Visser, P.; Frison, G. et al. The MCI working group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC). MCI in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the Mild Cognitive Impairment Working Group of the EADC. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006, 77, pp. 714-718.

Potter, P.; Perry, A. *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática*. 4ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999. Vol. 2.

- Quivy, R.; Campenhoudt, L.** *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa : Gradiva, 2003.
- Rabelo, D.F.** Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*. 2009, 1, pp. 65-58.
- Reidy, M.; Mercier, L.** A Triangulação. In Fortin, Marie-Fabienne. *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures : Lusociências, 1999.
- Ribeira, S.; Ramos, C.; Sá, L.** Avaliação Inicial da Demência. *Rev Port Clin Geral*. 2004, pp. 569-577.
- Ribeiro, F.; Mendonça, A.; Guerreiro, M.** Mild Cognitive Impairment: Deficits in Cognitive Domains Other than Memory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2006, 21, pp. 284-290.
- Rodrigues, M.** *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal - versão reduzida*. Escola Superior de Enfermagem Porto. Porto : s.n., 2011. Dissertação de Mestrado.
- Rozzini, L.; Chilovi, B.; Peli, M.; Conti, M. et al.** Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal Of Geriatric Psychiat*. 24, 2009.
- Salama, R.** Dementia: symptoms, diagnosis and management. *Nurse Prescribing*. 2008, 6(8):362-368
- Samton, J.; Stephen, F.; Sanelli, P; Karimi, S. et al.** The Clock Drawing Test: Diagnostic, Functional, and Neuroimaging Correlates in Older Medically Ill Adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005, 17, pp. 533-540.
- Santana, I.** A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal - Diagnóstico Diferencial. In A. Castro-Caldas e A. Mendonça. *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2005, pp. 61-82.
- Santana, I.** O defeito cognitivo ligeiro: entre o envelhecimento e a demência. *Psycologica - Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra - Avaliação Neuropsicológica*. 2003, Vol. 34, pp. 99-115.
- Santos, A.F.A.** Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade. *Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa - grau de licenciada em Psicologia (Ramo clínico)*. [Online] 2008. [Citação: 6 de Julho de 2012.] <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>.
- Saunders, N.; Summers, M.** Attention and working memory deficits in mild with mild cognitive impairment. *Journal Of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 32, 2010, Vol. 4.
- Sequeira, C.** *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.
- Sequeira, C.** *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. 1ª Edição. Lisboa : Lidel, 2010.

Serrano, P. *Redacção e apresentação de trabalhos científicos*. 2ª Ed. Lisboa : Relógio D'Água Editores, 2004.

Shulman K.I.; Gold, D.P.; Cohen, C.A.; Zuccherro, C.A. Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993, 8, pp. 487-496.

Shulman, K.I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *J. Geriatr. Psychiatry*. 2000, 15(6), pp. 548-561.

Shyu, Yea-Ing L., Chen, Min-Chi; Chen, Sien-Tsong; Wang, Hsiao-Ping; Shao, Jung-Hua A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Nursing*. 2008.

Spar, J.E.; La Rue, A. *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2005.

Stephan, B.; Brayne, C.; McKeith, I.; Bond, J.; Matthews, F. Mild Cognitive Impairment in the older population: Who is missed and does it matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, 23, pp. 863-871.

Stephan, B.; Matthews, F.; McKeith, I.; Bond, J.; Brayne, C. Early Cognitive Change in the General Population: How do Different Definitions Work? *The American Geriatrics Society*. 2007, 55, pp. 1534-1540.

Teixeira, P. *Envelhecendo Passo a Passo* 2006 [Online]
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>.

Tombaugh T.N.; McIntyre N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992, 42.

Vaz Serra, A. Que Significa Envelhecer? In Horácio Firmino. *Psicogeriatria*. Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006, pp. 21-33.

Vaz, E. *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel : Editorial Novembro, 2008.

Vitta, A. *Atividade Física e bem-estar na velhice*. Campinas : Papirus, 2000.

Wood, R.Y.; Giuliano, K.K.; Bignell, C.U.; Pritman, W.W. Assessing Cognitive Ability in research: use of MMSE with minority populations and elderly adults with low education levels. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006, 32(4) pp. 45-54

Woodford, H.; George, J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *Q J Med*. 2007, Vol. 100, pp. 469-484.

Yu, F.; Rose, K.M.; Burgener, S.C. et al. Cognitive Training for Early-stage Alzheimer's Disease and Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 2009, Vol. 35, 3, pp. 23-29.

Zhou, A.; Jia, J. The value of the Clock Drawing Test and the Mini-Mental State Examination for identifying vascular cognitive . *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, Vol. 4.

ANEXOS

ANEXO I

Explicação do Estudo e Consentimento Informado

Explicação do Estudo

Pedro Nuno Silva Coutinho Marques Neves, Enfermeiro na Unidade Saúde Familiar Horizonte, a frequentar o Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação intitulado ***“Caracterização Cognitiva e Funcional de Idosos com idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa Unidade Saúde Familiar”***.

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo e assinar o Consentimento Informado, deve compreender o seu propósito, o que implica a sua participação, os procedimentos que se irão adoptar e os eventuais riscos e/ou benefícios de participar neste estudo. Solicito que leia atentamente todo este documento, devendo sentir-se à vontade para colocar qualquer questão que gostasse de ver respondida antes de entrar neste estudo.

Participação: a sua participação neste estudo é voluntária.

Procedimento: neste estudo pretendemos caracterizar cognitivamente e funcionalmente os idosos com idades entre os 65 e os 75 anos. Para tal, se aceitar participar, solicitaremos que responda a algumas questões de caracterização sociodemográfica, bem como aplicaremos um conjunto de testes para avaliação da função cognitiva e da funcionalidade.

Riscos e/ou benefícios: não existem quaisquer riscos previstos para os participantes do estudo.

Confidencialidade: é garantido que todos os dados recolhidos são confidenciais, ficando a ser apenas do conhecimento do investigador e da equipa de saúde da USF Horizonte.

Muito obrigado pela participação, o investigador principal,

Pedro Nuno Silva Coutinho Marques Neves

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo: *Caracterização Cognitiva e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar*

Eu, abaixo assinado, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e eventual desconforto que me possa provocar.

Por isso, decido participar de livre vontade no estudo respondendo a todas as questões propostas.

Foi-me garantido que todos os dados recolhidos são confidenciais, ficando a ser apenas do conhecimento do investigador e da equipa de saúde da USF Horizonte.

Matosinhos, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante:

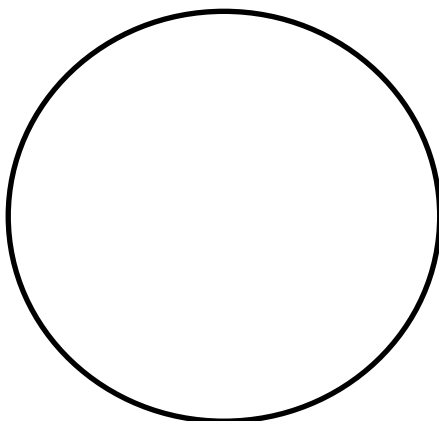
Assinatura do investigador:

ANEXO II

Questionário de Avaliação Cognitiva e Funcional

Questionário de Avaliação Cognitiva e Funcional						
Cód. Utente:		Data:				
Idade:		Sexo:				
Escolaridade (quantos anos estudou):						
Escolaridade dos pais: - Sabe ler e escrever - Analfabetos						
Consumos Nocivos: - Álcool - Tabaco - Ambos						
Antecedentes Pessoais		Hábitos lúdicos / recreativos: - Utiliza recursos cognitivos e físicos; - Só utiliza recursos cognitivos; - Só utiliza recursos físicos; - Não utiliza recursos nem físicos nem cognitivos;				
Dça Cardiovascular	Obesidade					
Diabetes	Depressão ou Dça Mental					
Multipatologia	Neoplasia					
Numa escala de 1 a 5 em que 1 é o mínimo e 5 é o máximo possível como considera: a) A sua saúde no último ano? b) A sua capacidade para fazer face ao dia-a-dia? c) A sua qualidade de vida?						
Se estiver acompanhado por familiar: Nos últimos tempos nota alguma alteração de comportamento? Falha de memória? Menos capacidade para realizar alguma tarefa?						
Cotações						
MMSE:	TR:	EAD:	IB:	IL:		

Teste Relógio (Shulman *et al.*, 1993)



Exame Breve Estado Mental (Guerreiro *et al.*, 1994)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Total orientação: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Total retenção: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Total atenção e cálculo: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Total evocação: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

A. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

B. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

C. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

D. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

E. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

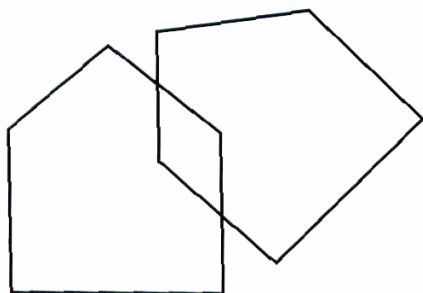
Nota:_____

Total linguagem: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota:_____

TOTAL (Máximo 30 pontos):_____

Escala de Avaliação de Demência (Hughes *et al.*, 1982)

	Nenhuma = 0	Suspeita = 0.5	Ligeira = 1	Moderada = 2	Grave = 3
Memória	Nenhuma perda de memória ou esquecimento ligeiro inconstante	Esquecimento ligeiro constante; recordação parcial dos acontecimentos; esquecimento "benigno"	Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas memorização de material retido com insistência; rápida perda de material novo	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos
Orientação	Bem orientado	Bem orientado com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais; orientado no espaço durante o exame; possível desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço	Orientado apenas em relação a si próprio
Juízo e resolução de problemas	Resolve problemas do dia-a-dia, lida bem com atividades financeiras; bom discernimento em relação a desempenhos no passado	Ligeira limitação para resolver problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantém o discernimento social	Limitação grave para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente o discernimento social é limitado	Incapacidade de discernimento ou resolução de problemas
Atividades Sociais	Funcionamento independente ao nível habitual no trabalho, compras, grupos de voluntariado e outros	Ligeira limitação nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade	Não há independência fora de casa, embora pareça bem para sair de casa	Não há independência. Aparenta estar demasiado doente para realizar funções fora de casa
Atividades domésticas e recreativas	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente limitados	Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados	Preservado apenas o interesse nas tarefas simples; interesses muito restritos e fracos	Nenhuma capacidade significativa de realizar funções em casa
Cuidados pessoais	Inteiramente capaz de cuidar de si próprio	Inteiramente capaz de cuidar de si próprio	Necessita de instruções	Necessita de ajuda para se vestir, para a higiene e para manter objetos pessoais	Necessita de muita ajuda com os cuidados pessoais; incontinência frequente

Pontuação: _____

Índice Lawton (Lawton e Brody, 1969)

Itens	Atividade Instrumental Vida Diária	Pontuação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Total (0-30): _____

Índice Barthel (Mahoney, et al., 1965)

Itens	Atividade Básica Vida Diária	Pontuação
Alimentação	Independente (usa qualquer instrumento)	10
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, levar à boca etc.	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5
	Dependente	0
Higiene Corporal	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5
	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
Uso da casa de banho	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5
	Incontinente	0
Controlo Vesical	Continente (se necessita de coletor usa-o sozinho)	10
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5
	Incapaz	0
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	5
	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0
Deambulação	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5
	Imobilizado	0

Total (0 - 100) _____

Fim

ANEXO III

Convocatória enviada por carta aos utentes

Caro(a) utente,

Venho por este meio convidá-lo, se assim o entender, a colaborar com um estudo de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental na área da Cognição e Funcionalidade (avaliação da memória, atenção, concentração, linguagem, capacidade para fazer face ao dia-a-dia, etc.).

A sua participação requer a sua presença na Unidade de Saúde Familiar Horizonte no dia ____ / ____ / ____ às ____h____, no Gabinete B para ser entrevistado/avaliado pelo Enfermeiro Pedro Nuno Neves (Enfermeiro Família na USF Horizonte e investigador neste projecto).

A entrevista consiste na aplicação de um conjunto de instrumentos de avaliação da memória, da atenção, da sua capacidade para fazer face ao dia-a-dia, etc.

Esta entrevista não deverá exceder os 15 minutos.

Os resultados obtidos são confidenciais, ficando a ser apenas do conhecimento da equipa de saúde da Unidade Saúde Familiar Horizonte.

Este tipo de avaliação é bastante útil na detecção precoce do défice cognitivo e de outras demências, bem como alterações de memória, etc., doenças que estão associadas ao envelhecimento e que acarretam uma perda significativa da qualidade de vida, mas que sendo detectadas precocemente podem ver a sua evolução retardada e a qualidade de vida melhorada.

Grato pela colaboração. Os melhores cumprimentos,

ANEXO IV
Autorização do estudo

Autorização para a realização de estudo

Exmo. Senhor
Enfº Pedro Neves,

Em resposta à solicitação de v/ Exa. relativamente à autorização para a realização do estudo intitulado "Caracterização cognitiva e funcional de idosos com idades entre 65 e 75 anos inscritos numa Unidade Saúde Familiar", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 17 de Janeiro de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos
Olívia Pestana
Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal
Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231
Extensão: 1233
E-mail: olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt
Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt>

